FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 22 Juillet 1909 à 1 heure

PAR

L. BETTINGER

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims
Ex-Moniteur d'Histologie
Lauréat de l'École de Médecine de Reims (1903-1907)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Sarcomes du Col de l'Utérus

Président : M. POZZI, *professeur*

Juges { MM. DE LA PERSONNE, *professeur*
QUENU, *professeur*
AUVRAY, *agrégé*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE, Éditeur
15, rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD, DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE, LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD, BAR, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON REGRETTÉ PÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

Bettinger

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR S. POZZI

Professeur de Gynécologie à la Facult de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

44

CONTRIBUTION A L'ETUDE

Des Sarcomes du Col de l'Utérus

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de voir, il y a quelques mois, dans le service de notre maître, M. le professeur Pozzi, une malade atteinte d'un sarcome pédiculé du col de l'utérus. Cette malade fut opérée et l'examen histologique confirma le diagnostic clinique. M. Bender attira notre attention sur les particularités intéressantes de cette observation et nous conseilla d'en faire le sujet de notre thèse. Nous avons rassemblé les observations isolées que nous avons trouvées dans la littérature médicale et c'est d'après ces documents, joints aux quelques travaux d'ensemble publiés sur la question, que nous essaierons de donner une description anatomo-clinique des sarcomes du col.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous devons exprimer ici nos sentiments de reconnaissance envers les maîtres qui ont contribué à notre éducation.

Nous avons été heureux en faisant notre stage de bénéficier des leçons magistrales de MM. les professeurs Bar et Hutinel, qu'il nous soit permis de leur offrir nos plus vifs remerciements.

Nous tenons tout particulièrement à remercier M. le Dr Bender, de nous avoir inspiré le sujet de notre thèse et de nous avoir aidé à en construire et à en rédiger les différentes parties.

Nous nous rappellerons toujours avec plaisir nos premières années à l'Ecole de Médecine de Reims et nos deux ans d'Internat à l'hôpital Civil, que nos premiers maîtres reçoivent l'assurance de notre profonde gratitude.

C'est grâce à leurs exemples et à leurs leçons pleines d'intimité que nous devons d'avoir goûté et aimé cet art qui s'appelle la médecine. Nous leur serons toujours reconnaissant de nous avoir aidé de leurs conseils.

En M. le professeur Colleville nous avons pu apprécier le maître bienveillant dont les leçons et a pratique nous ont montré avec quelle précision de

diagnostic pouvait conduire l'auscultation soignée et l'examen minutieux des malades.

M. le professeur Haman nous a appris à aimer l'anatomie par ses descriptions pleines d'humour et de précision.

M. le professeur A. Pozzi nous a initié aux difficultés du diagnostic, il nous a fait profiter de sa vaste expérience clinique et de son grand sens chirurgical.

Nous sommes heureux de les en remercier ici.

MM. les Drs Jacquinet et Hoël ont été pour nous dès notre entrée dans la carrière médicale de vrais maîtres dont l'amitié ne nous a jamais fait défaut. Leurs noms nous sont chers à jamais.

MM. les Drs Gueillot et Lardennois, qui nous ont aidé dans la confection de notre thèse, MM. les Drs Langlet, de Bovis et Luton se sont montrés pour nous toujours pleins de bienveillance et c'est avec joie que nous leur en exprimons toute notre reconnaissance.

Enfin M. le professeur Samuel Pozzi a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercions de tout cœur du grand honneur qu'il nous a fait.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Piquand (1), dans son remarquable mémoire sur le sarcome de l'utérus, divise le sarcome du col en deux groupes :

1° Un premier groupe celui des sarcomes en grappe, caractérisé par l'aspect macroscopique de la tumeur qui la fait ressembler à une grappe de raisin ;

2° Un groupe assez mal défini comprenant toutes les autres variétés de sarcome du col.

Nous conserverons cette division qui nous paraît bonne. Il est indispensable, en effet, de ranger dans une classe particulière les *sarcomes en grappe* ou *sarcomes racémeux*. Ils ont des caractères très spéciaux tant au point de vue microscopique qu'au point de vue histologique. Quant aux autres formes de sarcome du col, malgré quelques variations de détail, elles présentent des caractères communs qui permettent de les ranger dans un même groupe.

---

1. Piquand. *Le sarcome de l'utérus. Sarcome du col.* (*Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*), 1905, p. 579.

I. — SARCOME RACÉMEUX OU SARCOME EN GRAPPE DU COL

La connaissance de cette variété de sarcome n'est pas de date très ancienne. Le premier auteur qui en ait signalé l'existence est Mansfield Clarke, qui d'ailleurs ne l'avait étudiée qu'au point de vue clinique. Il dit, dans son *Traité des maladies des femmes* qu'il a observé, au niveau du col de l'utérus, des excroissances en chou-fleur, s'implantant sur tout ou partie de l'orifice externe du col, absolument indépendantes du corps utérin, très vascularisées et offrant une consistance qui rappelait celle du tissu placentaire. Il les considérait comme des tumeurs bénignes.

Un peu plus tard, Siebold (1) reprend la question dans son travail sur le cancer de l'utérus. Il donne de l'affection la description suivante : Tout d'abord c'est la portion vaginale de l'utérus qui est envahie par la néoformation. Il s'y forme de petites tumeurs qui augmentent peu à peu de volume, ont une paroi mince, sont remplies de sang visqueux et ressemblent absolument aux polypes muqueux des fosses nasales et du pharynx ; ils sont seulement plus remplis de liquide. Ils augmentent toujours de nombre et de volume et remplissent souvent tout le vagin. Il est probable que Siebold confondait dans sa description des tumeurs analogues au point de vue morpholo -

1. Siebold (cité par Gayman, thèse de Paris).

gique, mais différentes quant à leur nature vraie. Il n'en est pas moins vrai que les caractères qu'il indique s'appliquent particulièrement au sarcome racineux du col.

La première observation bien détaillée au point de vue clinique, moins complètement analysée au point de vue histologique est celle de Weber (1), qui date de 1867. C'est avec cette observation que commence vraiment l'histoire des sarcomes racémeux du col. Viennent ensuite les cas de Kunert (2), en 1874, d'Ahlfeld (3), en 1875, de Thiede (4), en 1877. Malheureusement, ces trois cas nouveaux laissent encore beaucoup à désirer au point de vue de l'anatomie pathologique.

C'est en 1879 seulement que Spiegelberg (5), rapporteur aux observations nouvelles très soigneusement étudiées, donna la première bonne description de la maladie, qu'il intitule : « *Sarcome papillaire hydropique du col de l'utérus.* Il émet l'hypothèse que la configuration spéciale de la tumeur est due probablement à la structure particulière de la muqueuse du col, riche en papilles ; l'œdème et la formation de cavités kystiques seraient dus en partie à la situation basse de la tumeur, en particulier à des troubles circulatoires.

---

1. Weber. *Virchows arch.* Bd 39, p. 216.
2. Kunert. *Archiv. für gynaeckologie*, 1874. Bd VI, p. 113.
3. Ahlfeld. *Arhiv. für gynaeckologie*, 1875. Bd VII, p. 301.
4. Thiede. *Zeitschrift für geb. und gyn.*, 1877. Bd I, p. 460.
5. Spiegelberg. *Archiv. für gynaeck.*, 1879. Bd XIV, p. 178.

Successivement, paraissaient ensuite les cas de Rein (1), Winkler (2), Kunitz (3), Muller (4), Pernice (5), Munde (6). Puis, en 1892, Pfannenstiel (7) rapporte une nouvelle observation très complète et donne une description assez détaillée de ces néoplasmes qu'il désigne sous le nom de *Sarcomes en grappe de l'utérus*. L'année suivante, Gayman (8) reprenait la description de Pfannenstiel, en ajoutant un cas nouveau.

Depuis lors un certain nombre de nouveaux cas ont été rapportés par Ozenne (9), Pick (10), Kelly (11), Van Franqui (12), Van Buren Knott (13), Le Dentu (14), si bien que Piquand (15), en 1905, pouvait réunir un total de 29 cas publiés.

Anatomiquement le sarcome racémeux du col se caractérise par ce fait que, arrivé à un certain degré de développement il est constitué par une agglomé-

1. Rein. *Archiv. für gynaeck.*, 1880. Bd XV, p. 187.
2. Winkler. *Archiv für. gynaeck.* 1882. Bd XII, p. 312.
3. Kunitz. Thèse de Berlin, 1883.
4. Muller. *Archiv. für gynaeck.*, 1887. Bd LXXX, p. 249.
5. Pernice. *Wirchow's Archiv*, 1888, Bd CXIII, p. 46.
6. Munde. *American Journ. of.obstet.*, 1889. T. XXII, p. 126.
7. Pfannenstiel. *Wirchow's Archiv.* 1892. Bd LXXVII, p. 305.
8. Gayman. Thèse de Paris, 1892.
6. Ozenne. *Journal de médecine de Paris*, 1894, p. 171.
10. Pick. *Archiv. für gynaeck.*, 1894. Bd XLVI, p. 191.
11. Kelly. *Operative gynaeckologie.*
12. Von Franqui. *Zeitschirift für gynaeck*, 1899, p. 181.
13. Von Buren Knott. *Annals of Surgery*, 1901.
14. Le Dentu. *Clinique Chirurgicale*, 1904.
15. Piquand. *Loc. cit.*, p. 580.

rations de petites masses lobulées qui affectent grossièrement la forme d'une grappe de raisin.

Au début on voit apparaître une ou plusieurs végétations polypiformes, ressemblant absolument aux polypes muqueux ordinaires, implantées au niveau du canal cervical de l'utérus, généralement un peu plus près de l'orifice externe que de l'orifice interne. Ces petites végétations augmentent rapidement de volume ; elles font hernie à travers l'orifice externe et viennent faire saillie dans le vagin. A partir de ce moment le développement du néoplasme devient beaucoup plus rapide ; la masse grossit en peu de temps et prend la disposition en grappe caractéristique.

On distingue facilement dans la tumeur deux parties distinctes : une partie périphérique, molle, composée de petits corps pédiculés, sphériques ou ovoïdes et une partie centrale plus dense et plus ferme, formant une sorte de tige sur laquelle sont implantées les vesicules périphériques — et qui se continue avec le pédicule de la tumeur sortant par l'orifice du col. — Dans certains cas il n'y avait qu'une grappe unique ; dans d'autres il y avait plusieurs grappes juxtaposées. Le plus souvent il y a une grappe principale, implantée sur la face interne d'une des lèvres du col et, alentour d'elle, on trouve de petites végétations disséminées.

Au début de la maladie les petits polypes qui constituent la partie périphérique sont bien isolés les uns des autres et réunis à la tige centrale par des pédi-

cules grêles, plus ou moins anastomosés. Ils ont une forme généralement sphérique ou ovoïde, parfois irrégulière par pression réciproque. Leurs dimensions présentent les plus grandes variations, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noix et même davantage. La coloration est jaune verdâtre, grisâtre, rosée, violacée suivant les cas. La consistance est molle ; les grains s'écrasent facilement sous le doigt, en laissant suinter une petite quantité de liquide séreux ou visqueux.

A une période plus avancée de l'évolution de la tumeur ; lorsqu'elle a acquis des dimensions plus considérables, son aspect se modifie. Les grains périphériques, tassés les uns contre les autres, se déforment et s'aplatissent ; ils se fusionnent plus ou moins, si bien que la disposition racémeuse de la tumeur peut devenir moins nette. On se trouve alors en présence d'une masse irrégulière, formée par une partie centrale assez ferme, donnant la sensation d'un corps fibreux plus ou moins dur, et par une partie périphérique, beaucoup plus molle et irrégulièrement lobulée.

Dans la partie superficielle de la tumeur on rencontre assez souvent des cavités kystiques, de dimensions variables, contenant un liquide sanieux jaunâtre ou bien rouge ou brunâtre par suite de son mélange avec du sang. Plusieurs auteurs, Gayman (1) en particulier, se fondant sur la présence de ces kystes,

---

1. Gayman, *loc. cit.*

en ont fait un caractère spécifique des sarcomes racémeux du col, auxquels ils ont donné le nom de sarcomes kystiques en grappe. Piquand (1) fait remarquer avec raison que cette dénomination est mauvaise, car si les kystes sont fréquents ils ne sont pas absolument constants et manquaient, en particulier, dans les cas de Weber, de Kunert, de Kleinschmidt et de von Franqué.

Les sarcomes racémeux augmentent rapidement de volume. Ils ne tardent pas à remplir le vagin qu'ils peuvent distendre considérablement et peuvent venir faire hernie hors de la vulve.

On observe généralement alors un écoulement assez abondant, souvent fétide, bien que la tumeur n'ait pas grande tendance à s'ulcérer.

L'examen histologique révèle des détails très intéressants. Il montre, dès l'abord, des différences de structure radicale entre la partie superficielle et la partie profonde de la tumeur.

La *partie centrale* est formée par un tissu conjonctif de densité très variable, richement vascularisé et contenant des cellules sarcomateuses, plus ou moins nombreuses et différant beaucoup par leur forme. Celles-ci sont parfois en si grande abondance que le tissu conjonctif intermédiaire disparaît presque complètement. Dans d'autres cas elles sont, au contraire, beaucoup plus discrétement disséminées. D'une manière générale, les cellules sont moins nom-

1. Piquand, *loc. cit.*

breuses au centre de la tumeur et se multiplient au fur et à mesure qu'on se rapproche des parties superficielles. On trouve le plus souvent conjointement des cellules arrondies, petites ou grosses, des cellules fusiformes et des cellules irrégulières, à prolongements ramifiés, offrant une disposition plus ou moins étoilée.

Mais ce qui frappe surtout c'est l'extrême développement des vaisseaux, tant lymphatiques que sanguins. Ils sont en général extrêmement nombreux, très dilatés et présentant une cavité hors de proportion avec l'épaisseur de leurs parois. Beaucoup d'entre eux affectent la structure embryonnaire, caractéristique du sarcome. Ceci veut dire que la lumière vasculaire est limitée par une simple bordure de cellules endothéliales qui sont immédiatement en contact, au dehors, avec les cellules sarcomateuses. Cette ordination périvasculaire du tissu sarcomateux est habituellement très nette.

En somme cette partie centrale de la tumeur n'offre rien de bien particulier. C'est dans la partie périphérique, au niveau des végétations polypiformes, que nous allons rencontrer les caractères intéressants.

La *partie périphérique* est formée, nous l'avons dit, d'une série de grains juxtaposés. Ceux-ci sont constitués par une substance molle, gélatineuse, rappelant la gélatine de Wharton. Au microscope on y trouve des cellules sarcomateuses logées dans une substance unissante, homogène ou légèrement fibrillaire. Ces cellules sont, comme dans la partie pro-

fonde, variables de forme, rondes, fusiformes, polyédriques, ramifiées. Quelques auteurs, en particulier Pfannenstiel et Pick, ont signalé la présence de cellules géantes avec de nombreux noyaux. A la périphérie des végétations les cellules sarcomateuses sont étroitement tassées les unes contre les autres, presque sans substance unissante intercellulaire. A mesure qu'on s'éloigne de la surface et qu'on se rapproche du centre de la végétation, les cellules diminuent de nombre, en même temps que la substance intercellulaire augmente. Parallèlement la forme et les dimensions des cellules se modifient ; elles se tuméfient, deviennent plus grosses et présentent des contours moins nets. Au niveau de la partie toute centrale on trouve une substance amorphe, infiltrée de suc, creusée de vacuoles, et contenant de grosses cellules, très écartées les unes des autres et fixant mal les colorants.

La surface des végétations est tapissée par un épithélium statifié, cylindrique ou pavimenteux, suivant que la tumeur a pris naissance au niveau du canal cervical ou au niveau du museau de tanche. Sur les petites végétations jeunes, l'épithélium forme une couche continue et assez épaisse. Lorsque la végétation grossit l'épithélium s'étale et s'amincit. Sur les végétations les plus volumineuses, il peut arriver à disparaître en totalité ou en partie.

Telle est la disposition classique du sarcome racémeux du col. On a longuement discuté sur la nature

du tissu conjonctif qui constitue le stroma des végétations.

Les uns en ont fait du myxo-sarcome, d'autres du tissu sarcomateux ayant subi la dégénérescence œdémateuse ou muqueuse. En réalité ces altérations ne paraissent rien avoir de spécifique ; il semble qu'elles soient, comme les altérations du même genre qu'on rencontre dans les fibromes, le résultat de troubles circulatoires. Sous l'influence de la stase, de la congestion qu'expliquent la forme et la situation de la tumeur, il se fait une congestion, puis une infiltration œdémateuse de tous les éléments néoplasiques. La substance se gonfle, se liquéfie, se creuse de vacuoles et la végétation peut ainsi se transformer partiellement ou totalement en une sorte de kyste.

Il résulte de ce que nous venons de dire que les sarcomes en grappe du col ne contiennent aucun élément histologique qui les différencie du reste des sarcomes utérins. Ils ne s'en distinguent que par des caractères macroscopiques, par une architecture spéciale.

Cette disposition particulière, ils la tiennent de leur origine et de leur mode de développement. Ces sarcomes prennent naissance, en effet, dans la muqueuse du canal cervical, au niveau des assises superficielles du derme qui sont immédiatement sous-jacentes au revêtement épithélial. Cette région est extrêmement riche en papilles qui, par suite de la prolifération très active des cellules sarcomateuses, font saillie à la surface de la muqueuse, augmentent

de volume et finissent par se pédiculiser.

Ce mode de genèse des formations papillaires du sarcome racémeux du col a été très clairement mis en relief dans le cas de Pfannenstiel. Des coupes pratiquées sur la muqueuse au voisinage du point d'implantation du néoplasme ont montré les premiers stades de l'évolution du néoplasme. Les papilles du derme étaient, à ce niveau, beaucoup plus grosses que normalement et constituées par un stroma franchement sarcomateux.

Nous avons dit un mot plus haut du mécanisme de la formation des cavités kystiques dans les végétations polypiformes. Ce sont presque toujours des pseudo-kystes, dus à la liquéfaction du stroma, et qui ne présentent pas de paroi propre. Plus rarement on observe des kystes véritables, avec une paroi nettement individualisée. Quelquefois ce sont des kystes par ectasie lymphatique. Dans d'autres cas ce sont de véritables kystes d'aspect glandulaire, régulièrement tapissés par un épithélium. Ils se sont évidemment développés aux dépens de débris de glandes de la muqueuse utérine, entraînés au cours du développement de la tumeur. Dans certains cas, ces kystes épithéliaux étaient si nombreux qu'on a donné à la tumeur le nom d'adéno-sarcome du col (Munde).

Nous insisterons en dernier lieu sur la présence, assez fréquemment constatée dans les sarcomes du col d'éléments tissulaires hétérotopiques, particulière-

ment de tissu cartilagineux et de fibres musculaires striées.

Il existait du cartilage dans les cas de Thiede, de Rein, de Müller,de Pernice, de Kleinschmidt et de Pfannenstiel. Dans ces divers cas,le cartilage était disposé sous forme d'amas dans la partie centrale du néoplasme,à laquelle il donnait une assez grande dureté. Ces amas, de dimensions variables, étaient formés soit de cartilage hyalin, soit d'un mélange de tissu cartilagineux et de tissu sarcomateux.

Il existait des fibres musculaires striées dans les cas de Weber, Anderson et Edmanssohn, Kunert, Pernice,Müller et Richter. Le fait est intéressant à signaler mais il n'en a pas encore été donné d'explication satisfaisante.

Les sarcomes racémeux du col ont une tendance particulière à rester superficiels pendant un temps assez long. Ils se développent en surface sans envahir la profondeur. C'est ainsi que la tumeur peut acquérir des dimensions considérables, remplir le vagin et faire issue hors de la vulve alors que le tissu avoisinant le point d'implantation reste absolument indemne. Le processus s'étend de proche en proche vers la muqueuse vaginale, sur laquelle il peut se continuer, la muqueuse du corps n'est envahie que très tardivement.

Toutefois cette évolution pour ainsi dire locale du sarcome n'est jamais que transitoire. A un moment donné la tumeur se propage toujours au tissu parautérin. On a trouvé des noyaux secondaires dans les

ganglions pelviens. (Rein, von Franqué). Les métastases à distance sont beaucoup plus rares. Cependant Kunert a trouvé des noyaux métastatiques dans les poumons ; von Franqué des métastases dans les poumons, le foie, le péritoine et les ganglions.

II. — AUTRES VARIÉTÉS DU SARCOME DU COL

Nous avons dit qu'en dehors des sarcomes racémeux on pouvait observer d'autres types de sarcomes du col de l'utérus. Piquand en avait réuni 41 observations auxquelles quelques cas nouveaux sont venus s'ajouter depuis. Ces tumeurs offrent d'ailleurs un intérêt moindre que les sarcomes racémeux et ne diffèrent guère des sarcomes du corps.

On retrouve, comme pour ces derniers, les deux grandes variétés de *sarcome de la muqueuse* et de *sarcome de parenchyme*.

Les *sarcomes de la muqueuse* sont de beaucoup les plus communs : ils peuvent être diffus ou circonscrits.

La forme diffuse est très rare. On trouve dans ce cas une infiltration mal limitée, avec épaississement et végétations de la muqueuse, qui est envahie en totalité ou seulement en partie. Le sarcome a peu de tendance à envahir le corps de l'utérus mais il s'étend fréquemment en revanche, à la muqueuse vaginale. Au début le néoplasme est limité à la muqueu-

se, mais plus tard il est fréquent de le voir se propager au tissu musculaire.

Le sarcome circonscrit, lui, est le plus fréquent de tous les sarcomes du col. Il peut affecter la forme sessile ou la forme pédiculée.

Le sarcome sessile forme une sorte de masse végétante, plus ou moins en saillie sur le col et qui ressemble absolument à un épithélioma papillaire dont il ne diffuse guère macroscopiquement que par sa mollesse, ses dimensions plus grandes et sa tendance à la gangrène et à la suppuration.

Les sarcomes pédiculés ou polypes sarcomateux offrent généralement l'aspect d'une tumeur arrondie ou piriforme, reliée au col par un pédicule plus ou moins rétréci. Le volume est variable mais ne dépasse guère celui d'une orange. Le pédicule est généralement implanté dans le canal cervical. Il est tout à fait exceptionnel de le voir s'implanter à la surface externe du col.

Les *sarcomes du parenchyme* sont rares ; ils affectent toujours la forme de polype. On a signalé des sarcomes primitifs du parenchyme du col (Grenser) (1) : mais, pour ainsi dire toujours il s'agit d'une dégénérescence sarcomateuse d'un polype fibreux.

La tumeur est généralement de forme assez régulière, lisse ou bosselée ; la consistance est habituellement assez ferme mais variable suivant les points considérés.

---

1. Grenser. *Archiv. fur Gyn.*, 1894. Bd. VI, p. 501.

Au point de vue histologique toutes les variétés de sarcome que nous venons d'énumérer ne présentent rien de particulier. On a vu des sarcomes à cellules rondes, à cellules fusiformes, à cellules ramifiées. Il n'existerait qu'un seul cas de sarcome à cellules géantes, celui de Bowmann (1). La surfaee de la tumeur est parfois revêtue par une couche épithéliale régulière, mais lorsque le sarcome est déjà ancien, ce revêtement a toujours partiellement ou totalement disparu.

Ajoutons enfin que, dans ces sarcomes comme dans les sarcomes racémeux on a signalé assez fréquemment la présence d'éléments hétérotopiques du tissu cartilagineux (Geisler) (2), des fibres musculaires striées (Rudnewa-Kascherowa (3), Richter (4).

Tous ces sarcomes ont peu de tendance à envahir le corps même lorsque leur évolution est très avancée. Ils gagnent de préférence le vagin et le tissu cellulaire péri-cervical. Les métastases à distance sont exceptionnelles.

---

1. Bowmann. *Zeitschr. fur. Gib. u. Gyn.*, Bd. 43, p. 264.
2. Geisler. *Inaug Dissert.*, Breslau, 1891.
3. Rudnewa-Kascherowa. *Arch. f. path. Anat.*, Bd. IV, p. 63.
4. Richter. *Inaug Dissert.* Greifswald. 1892.

ÉTUDE CLINIQUE

Les sarcomes du col débutent toujours d'une façon insidieuse et un temps relativement très long peut s'écouler avant qu'ils se traduisent par aucun symptôme fonctionnel. Dans un cas rapporté par Thomas, la malade était atteinte d'un énorme sarcome du col, qui remplissait tout le vagin et cependant le seul symptôme qu'elle accusait était la gêne apportée aux rapports sexuels par le volume de la tumeur.

Cependant cette évolution silencieuse ne sera jamais que transitoire. Peu à peu, plus ou moins tôt ou plus ou moins tard apparaîtront les trois symptômes : hémorragie, pertes séreuses, douleurs, qui caractérisent le sarcome, comme d'ailleurs aussi l'épithélioma du col.

Les hémorragies sont généralement le premier symptôme observé. C'est d'abord un suintement séro-sanguinolent peu abondant auquel la malade prête peu d'attention, puis l'abondance de l'écoulement sanguin augmente, sans cependant atteindre, au moins dans la généralité des cas, l'abondance de celui qu'on observe dans l'épithélioma.

Dès le début, presque toujours, l'hémorragie est

accompagnée d'un suintement séreux, généralement abondant. Cet écoulement est sans odeur, tout d'abord, puis il devient visqueux, purulent, fétide, quand la tumeur s'ulcère et renferme souvent de gros débris de tissu sphacélé.

Quant aux douleurs elles sont un symptôme inconstant et toujours tardif : elles n'apparaissent guère que lorsque le néoplasme a franchi les limites de l'utérus et envahi le tissu cellulaire et les organes avoisinants.

Les signes physiques se montrent de bonne heure et sont exactement beaucoup plus faciles à reconnaître dans les sarcomes du col que dans les sarcomes du corps. Nous avons assez insisté sur les caractères morphologiques de ces tumeurs, au chapitre de l'anatomie pathologique pour n'avoir pas besoin d'y revenir ici.

L'état général reste assez longtemps satisfaisant, si les hémorragies ne déterminent pas une anémie trop grande.

La durée de la maladie a varié, suivant les cas, de quelques mois à cinq ou six ans. La durée moyenne paraît être de un an et demi à deux ans. Le sarcome en grappe aurait une évolution un peu plus rapide.

Le plus souvent les malades meurent de cachexie. Le plus souvent la terminaison fatale se trouve hâtée du fait de complications septiques résultant de la gangrène de la tumeur et de sa putréfaction.

Le *pronostic* est évidemment très redoutable. Abandonnée à elle-même la maladie conduit inévitable-

ment à la mort. Et les interventions pratiquées ont été presque toujours suivies de récidive rapide. Il semblerait, en comparant les résultats opératoires, que les sarcomes du col soient plus graves que ceux du corps Mais à bien envisager les faits ce n'est là qu'une apparence, et Piquand le fait observer avec raison. En effet, presque toujours dans les sarcomes du col le diagnostic a été fait tardivement, le plus souvent la tumeur a été considérée comme bénigne et traitée par la simple excision : l'hystérectomie n'a pas été faite ou n'a été faite que tardivement et dans de mauvaises conditions. Il est vraisemblable qu'avec un bon diagnostic et une intervention précoce et suffisamment large, le pronostic du sarcome du col devra s'améliorer.

Quant au *diagnostic* il est toujours difficile, et très souvent même impossible en l'absence d'un examen histologique. Rien ne différencie, à l'inspection, le sarcome du col d'un polype bénin fibreux ou muqueux. Comment distinguer un polype fibreux en voie de sphacèle d'un sarcome pédiculé gangréné ?

Le sarcome diffus ou circonscrit du col ressemble beaucoup à l'épithéliome infiltré et c'est habituellement ce diagnostic qui sera posé. On y gagnera tout au moins de faire une intervention complète et rapide, et peu importe, en vérité, que l'on ait reconnu la nature réelle du néoplasme pourvu que le traitement convenable ait été mis en œuvre.

Pour ce qui est du sarcome racémeux du col il y a des causes d'erreur de diagnostic qui lui sont parti-

culières. On pourra le confondre avec une môle hydatiforme, en voie d'expulsion. L'erreur a été commise dans le cas de Kunitz (1). Mais, dans le sarcome le corps utérin est normal alors qu'il est toujours très augmenté de volume dans la môle.

On peut confondre également le sarcome rarement avec certains adénomes bénins, volumineux, muriformes, accompagnés d'hémorragies, comme il en a été rapporté des exemples par Pozzi (2) et par Ackermann (3). Dans ce cas il est évident que seul l'examen microscopique permettra de trancher la question.

Enfin certains sarcomes en grappe primitifs du vagin peuvent envahir secondairement l'utérus de telle manière qu'il n'est pas toujours aisé de reconnaître avec certitude le point de départ du néoplasme.

---

1. Kunitz. *Inaug. Dissert.* Berlin, 1883.
2. Pozzi. *Traité de gynécologie*, p. 415, fig. 230.
3. Ackermann. *Virchows Archiv.* Bd. 43, p. 88.

TRAITEMENT

Nous ne parlerons de l'ablation simple et de l'amputation du col qu'à titre purement documentaire. Ce sont des opérations qui actuellement, ne paraissent pas défendables, en raison de la nature du mal.

Le simple enlèvement de la tumeur a toujours été suivi de récidive, même lorsqu'il a été suivi de cautérisation.

L'amputation du col n'a guère donné de meilleurs résultats. Dans deux cas cependant, ceux de Rein (1) et de Baldy (2) la guérison se serait maintenue pendant plusieurs années.

En réalité le seul traitement logique au sarcome du col est l'hytérectomie. On pourra faire quelquefois l'hystérectomie vaginale, mais il vaut mieux suivre la pratique généralement adoptée pour les cancers du col et pratiquer l'hystérectomie abdominale large, après ablation préalable de la tumeur vaginale et cautérisation de sa surface d'implantation. Les résultats jusqu'ici n'ont pas été très brillants et cela, comme nous l'avons dit plus haut, parce que l'on

---

1. Rein. *Archiv für gyn.*, Bd. XV, p. 187.
2. Baldy. *American Journ. of Obst.*, 1903, p. 247.

avait opéré souvent trop tard. Mais il y a tout lieu de croire qu'avec une opération précoce et suffisamment large, ils ne tarderont pas à s'améliorer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Weber. — *Virchow's arch.* Bd 39, p. 216)

Une femme de quarante-cinq ans, toujours réglée abondamment et accouchée neuf fois, fut opérée pour la première fois en 1863 par le professeur Busch, pour un polype muqueux de la grosseur d'un doigt, surtout de la lèvre antérieure un peu hypertrophiée. Le polype fut enlevé par un écraseur et envoyé à moi. L'examen démontra qu'il s'agissait d'un polype de forme tout à fait ordinaire, de ce qu'on appelle un polype vésiculeux.

Quinze jours après l'opération, la femme sentit une tumeur nouvelle. Appelé à examiner la malade je trouve suspendue sur la lèvre antérieure une masse un peu plus grosse que la première fois, composée de deux polypes du volume d'un pouce et de quelques autres plus petits. J'enlève avec un couteau, le 21 février 1854, toute la lèvre antérieure avec les polypes y suspendus. Mais au mois d'avril survient une nouvelle récidive : un grand nombre de polypes sortaient de la lèvre postérieure et le 12 avril j'enlève tout ce qui restait du col utérin.

La guérison n'était pas de longue durée ; à la fin du mois de mai, nous assistons à la formation de masses nouvelles, molles, très vasculaires et saignant avec facilité extrême. Ces masses furent enlevées à leur tour et examinées. Elles n'étaient plus composées de glandes hypertrophiées, mais étaient en partie

remplies de caillots de sang fibrineux, mous, rappelant « les hématomes polypiformes de l'utérus » retenus dans les mailles formées par des cellules fusiformes, longues et jaunes ressemblant parfaitement aux fibres musculaires, lisses. L'opération fut suivie de nouveaux écoulements de sang et de tumeurs nouvelles.

12 juillet. — J'enlevai, plutôt avec les doigts qu'avec les instruments, du vagin de la cavité utérine, des masses tout à fait molles, qui descendaient jusqu'aux organes génitaux externes.

L'hémorragie fut arrêtée par la glace. L'examen montra, de nouveau, des fibres musculaires hypertrophiées et beaucoup de corpuscules sanguines.

On pouvait voir le développement graduel en fibres musculaires des corpuscules sanguins blancs, qui s'allongeaient graduellement, se transformaient en corps ayant la forme d'une baguette et développaient aux deux bouts un protoplasma pâle, fusiforme. Mais ce qui était très remarquable, ce sont les triées transversales très fines, mais très nettes, qu'on voyait sur beaucoup de ces corps allongés ; quelques-uns ressemblaient tout à fait aux jeunes fibres musculaires embryonnaires.

Poursuivons l'histoire des souffrances de la pauvre femme. Des masses pareilles aux précédentes se sont reproduites de nouveau de même que l'écoulement. On a dû renoncer à une nouvelle opération, la paroi utérine étant trop mince. En novembre 1869, la malade mourut en traitement à la polyclinique d'accouchements.

L'autopsie faite par moi montra, outre la dégénérescence graisseuse du cœur et du foie et un œdème pulmonaire, une tumeur perforante de l'utérus, qui détermina une péritonite mortelle.

OBSERVATION II

(Anderson et Edmanssohn, 1869. — *Nord med. Ark.* Bd I, nº 4.)

Age. Cinquante ans.

Antécédents génitaux. — Vierge.

Résultat de l'examen clinique. — Le vagin renferme une volumineuse tumeur à prolongements multiples, plusieurs tumeurs semblables sortent du col utérin. Le fond de l'utérus remonte jusqu'à l'ombilic.

Mode de traitement et évolution. — Enlèvement de la tumeur avec l'écraseur linéaire : récidive. Enlèvement complet de la tumeur, bientôt suivi d'hémorragies qui amenèrent la mort.

Terminaison. — Mort par hémorragie deux mois après la deuxième opération.

Durée de la maladie. — Deux ans.

Autopsie. — Le néoplasme se détache de la partie la plus élevée de la paroi postérieure du canal cervical.

Examen histologique. — Sarcome avec nombreuses fibres musculaires striées dans la partie périphérique du néoplasme.

OBSERVATION III

Kuner. — *Archiv für gynœkologie*, 1874, Bd VI, p. 113.)

J.E... trente-cinq ans, octobre 1872 (entrée), non mariée, pas de grossesses, bien portante auparavant, a depuis un an et demi des hémorragies profuses d'abord rares, puis de plus en

plus fréquentes. Personne encore bien nourrie, mais anémique, ventre ballonné, non tendu, mais contour difficile à examiner. Ganglions inguinaux libres.

Examen interne. — Organes généralementvierges,entrée du vagin sanguinolente, vagin distendu, rempli de grosses masses gélatineuses, molles, friables, qui donnaient la sensation d'un placenta rempli d'infarctus hémorrhagiques, Les masses sortent des lèvres du col utérin allongées, divisées en lobes et infiltrées superficiellement. Malgré leur friabilité, elles sont solidement attachées leur base.

Le deuxième jour les masses furent enlevées. Un écoulement très fétide, non hémorrhagique se déclare et devient un peu sanguinolent le quatrième jour. Les dix jours suivants fièvre avec rémission. A l'examen du 4 novembre on trouve toute la partie supérieure du vagin remplie de nouveau par des masses en partie gélatineuses, en partie plus fermes. Col non accessible. Le fond de l'utérus est accessible à l'extérieur, le corps un peu augmenté de volume ; écoulement peu fétide. A partir de ce jour la température qui se maintenait avant au-dessous de 38°5 monte jusqu'à 32 degrés et atteint 40°5, le 12 novembre ; en en même temps, anémie profonde, teint jaune, écoulement fétide, vagin rempli dans ses parties moyenne et supérieure par des masses gélatineuses, médulleuses, friables, peu saignantes sortant du canal, du col et des bords de l'orifice externe, culs-de-sac vaginaux très distendus ; le col de l'utérus forme un entonnoir très largement ouvert en bas et dont le sommet se trouve au niveau de l'orifice interne. Mugueuse du dernier parsemée de nodosités sous forme de graines. Tout cela ne pouvait être constaté qu'après avoir fendu la tumeur et après en avoir enlevé une partie au moyen de la cuillère génétiée, une

partie par le couteau et les ciseaux. Cette intervention fut bien rapportée ; l'hémorragie était minime.

L'écoulement s'est amendé, le corps utérin restait petit mobile.

A la suite de l'opération, chute immédiate de la température de 40°,5 à 39°,1, et les jours suivants jusqu'à 37 degrès.

A un examen ultérieur par la soie rectale avec quatre doigts, le corps paraît petit, vierge derrière la symphyse, à gauche nodosités dures.

A l'union du vagin et de la lèvre antérieure, deux nodosités semblent se former.

La surface externe du col est intacte, tandis que la surface interne et le bord de l'orifice sont couverts de tissu embryonnaire.

La malade n'a pas de fièvre jusqu'au 3 décembre, écoulement rare, non fétide, mais maintenant toute la portion vaginale paraît couverte de végétation. Extirpation d'abord de végétations principales et ensuite de toute la portion vaginale avec couteau et ciseaux. Quelques végétations restées sont enlevées par la curette, l'hémorragie est forte ; cautérisations avec le perchlorure de fer, et tamponnement.

Réaction légère.

Le 7 décembre, le mouvement fébrile recommence, écoulement modérément fétide. A droite et en arrière du col de nouvelles végétations. Les organes périutérins un peu tuméfiés. La température se maintient à 40 degrès jusqu'au 18 décembre et descend après jusqu'à 39 degrès. La malade a des collapsus, un œdème commençant du pied et de la jambe gauches. Le 23, l'œdème augmente ; pas d'écoulement ; dans le col quelques nodosités.

Peu à peu des douleurs apparaissent dans le membre gauche, des eschares du sacrum, une hyperesthésie générale énorme ; douleurs fortes sur tout le trajet de la saphène. Morte le 16 janvier 1873.

OBSERVATION IV

(Ahlfeld, 1875. — *Arch. f. gyn* , Bd VII, 1875, p. 301.)

Age. — Quinze ans.

Résultat de l'examen clinique. — Volumineux polype en grappe emplissant tout le vagin.

Mode de traitement et évolution. — Enlèvement du néoplasme : récidive.

Terminaison. — Mort.

OBSERVATION V

(Thiede. — *Zeitschrift für geb und gyn.*, 1877, Bd I),

Le cas dont il s'agit concerne nue femme de quarante ans, ayant accouché deux fois il y a une vingtaine d'années, et se portant bien depuis. Il y a trois ans, elle fut atteinte pour la première fois d'une maladie des organes génitaux se traduisant par des symptômes vagues, et se compliquant bientôt par des pertes sanguines irrégulières. Au début, notre malade n'a attribué aucune importance à son état, et elle n'a consulté le médecin qu'au moment où rien ne pouvait plus arrêter l'hémorragie.

On constata alors une tumeur qui remplissait presque tout

le vagin et était attachéé au col utérin par un pédicule très ferme, tandis que la surface de la tumeur lobulée présentait un caractère fougueux et saignait au moindre contact. L'ablation de la tumeur fut aussitôt décidée au point le plus rapproché de son origine. Un examen plus complet fait constater que le vagin est intact et rend probable l'hypothèse que la tumeur polypoïde a pour origine la muqueuse du col utérin. Les lèvres du col sont un peu déjetées en dehors, l'orifice interne fermé l'utérus tout entier un peu hypertrophié.

Les résultats des opérations ont été satisfaisants pour l'œil, les hémorragies se sont arrêtées pour un temps assez long et le mauvais état général s'est amélioré notablement. Cette action favorable était évidemment due en partie aux injections sous-cutanées d'ergotine. Dans la suite, plusieurs abcès se sont produits et la malade s'est soustraite au traitement ultérieur. Enfin, quand les hémorragies suivies d'expulsion de morceaux de tumeur récidivée apparurent de nouveau, la malade fut tellement convaincue de l'incurabilité de sa maladie, qu'elle déclina toute proposition de nouvelle opération. En attendant, le néoplasme acquit à peu près le volume de la tumeur enlevée. C'est seulement quand, à la suite de fortes hémorragies continuelles, de l'albuminurie, etc., la malade fut dans un état de dépérissement extrême, qu'elle réclama du secours de nouveau, mais la mort survint avant que l'ablation de la tumeur récidive peut être entreprise. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

OBSERVATION VI

Spiegelberg. — *Archiv für gyn.*, 1879, Bd. XIV, p. 178.

T. S... (n° 42, 1876-1877) s'est présentée le 2 mai 1877 à la clinique pour un fort écoulement purulent des organes génitaux ; elle a dix-sept ans ; étant enfant elle se portait bien. Réglée il y a neuf mois elle s'est aperçue bientôt d'un écoulement purulent qui a augmenté depuis notablement. Pas de pertes sanguines en dehors des règles. La malade est grande, bien constituée, malgré sa pâleur et a l'aspect d'une femme bien portante. A l'examen on trouve les organes génitaux externes vierges, l'hymen intact, le vagin libre ; le corps de l'utérus n'est pas augmenté de volume ; la lèvre postérieure est saine, l'antérieure est épaisse et augmentée de volume, couverte sur les bords comme sur la paroi interne par un pinceau de petites excroissances de 2 centimètres de longueur, ovales, jaunes, brunes, transparentes, comme des kystes qui s'écrasent facilement par le toucher, et font sortir un liquide filant.

Le lendemain, j'ai enlevé cette lèvre avec des ciseaux, une forte hémorragie artérielle se déclare, tamponnement avec du perchlorure de fer. A l'examen microscopique la nature des tumeurs ne peut être bien déterminée, la préparation y étant arrivée trop tard on a seulement constaté qu'elles étaient couvertes d'un épithélium cylindrique, que leur tissu contenait de gros noyaux vésiculeux, mais la coupe montrait un tissu normal du col utérin.

La malade se rétablit vite, et le jour de sa sortie, au deuxième jour (le 14 mai), la surface de la plaie paraissait cou-

verte de bonnes granulations. Pas d'infiltration ; mais dans la partie supérieure du canal cervical se trouvaient sur la partie antérieure des saillies plates et jaunes. Ce n'est qu'au mois de février 1878 que la malade se présentait de nouveau ; elle raconte que jusqu'à il y a quatre semaines elle allait bien, excepté l'écoulement purulent qui ne cessait pas. Mais depuis quelques semaines elle a des pertes sanguines et c'est ce qu l'amène à l'hôpital. J'ai trouvé maintenant dans le vagin un amas de petits kystes à court pédicule qui ressemblaient à des myxomes et donnaient la même sensation. Ils distendaient fortement le vagin et descendaient jusqu'à la vulve ; quand on essayait de pénétrer jusqu'au col, en les effleurant, ils s'écrasaient et saignaient. Ils naissaient de la paroi antérieure du col, remplissaient toute la cavité cervicale dilatée, gagnaient les commissures des lèvres, mais laissaient libre la lèvre postérieure qui restait courte et molle. La surface externe du col, comme la paroi vaginale, étaient saines. A l'origine de la tumeur sur la muqueuse cervicale et sur le moignon de la lèvre antérieure, le tissu se transformait en un réseau épais de gros cordons qui présentaient tout à fait la structure du placenta déchiré. Les cordons s'enfonçaient dans le tissu cervical, dont lils ne pouvaient être séparés sans effort. Toute la masse avec a paroi antérieure du col fut aussitôt enlevée après séparation de la paroi antérieure du vagin ; l'hémorragie était très forte et demanda t de nouveaux tamponnements intensifs.

La partie enlevée était plus grosse qu'un œuf de poule. La coupe montrait un tissu cervical ferme qui devenait de plus en plus mou et moelleux à mesure qu'on approchait de la périphérie. Des néoformations gélatineuses vésiculeuses recouvraient en grand nombre la surface, elles étaient d'un jaune ambre, en

partie gris vert, sans vaisseaux sanguins apparents, elles s'affaissaient à la piqûre.

Les recherches ultérieures appartiennent à M. le Dr Weigert. Elles ont montré ce qui suit : Les néoformations treptiques s'élèvent de la masse solide fondamentale, isolément ou en groupes sous forme de grappes ; attachées par des pédicules minces, sphériques ou allongées, elles ont la grosseur d'un pois ou d'une cerise. Ces kystes cependant ne présentent pas de cavités vides ; leur tissu est constitué plutôt par un réseau de grandes cellules aussi bien fusiformes et ramifiées que rondes, entre lesquelles se trouvent des espaces transparents, clairs, traversés par des fibres fixes. L'acide acétique fait apparaître dans les cellules un gros noyau vésiculeux, mais ne trouble pas la coupe, dans l'alcool ces espaces semblent vides et se rétractent tout à fait, ils deviennent de nouveau plus volumineux sous l'action de l'acide acétique dilué. Sur les préparations durcies, le réseau cellulaire est encore plus évident ; les cellules montrent autour des noyaux vésiculeux une mince couche de protoplasma qui se colore facilement (Bismurkbraun). La substance intercellulaire dans les préparations avec la liqueur de Müller est tout à fait transparente, traversée seulement par des fibres fines ; dans les préparations avec de l'alcool, elle se trouble un peu, mais s'éclaircit de nouveau par l'acide acétique.

Dans la masse fondamentale claire, on reconnaît encore des corps lymphatiques, isolés ou en groupes, ceux-ci seulement dans le voisinage de la surface. Entre les grosses cellules du stroma courent des vaisseaux à parois minces. A leur surface les excroissances dont il s'agit présentent un revêtement épithélial, cylindrique ; en outre chacune d'elles contient à son sommet une glande sphérique avec plusieurs culs-de-sac latéraux, revêtue également par un épithélium cylindrique.

Le pédicule et la base des corps vésiculeux papillaires aussi bien que les petites végétations sessiles qui se trouvent entre eux sont formés par les mêmes cellules pourvues de noyaux vésiculeux ; seulement les dernières sont plus serrées et la substance intercellulaire n'est plus tout à fait transparente. On rencontre ici aussi des orifices glandulaires revêtus de cellules cylindriques à la surface, de même que des points plus clairs, mal limités dans le parenchyme, avec des cellules rares et des corpuscules lymphatiques nombreux ; au milieu de ces points clairs se trouve ordinairement un vaisseau.

A mesure que la coupe s'approchait du tissu cervical infiltré, les cellules à gros noyaux devenaient plus serrées ; les parties claires intermédiaires, les corps lymphatiques devenaient plus rares, et on voyait apparaître des fibres musculaires qui se distinguaient nettement des cellules décrites jusqu'à présent par leur noyaux compacts, étroits et fusiformes ; enfin les fibres musculaires prédominent et passent dans le tissu normal de la partie du cervix extirpé.

Plusieurs récidives suivies d'opérations successives.

Le 10 mai, extirpation totale par le professeur Freunel dans ma clinique.

Description de l'utérus extirpé par le professeur Konfick :

« La néoformation se divisait dans l'utérus par l'orifice interne du col très dilaté en deux groupes différents de végétations polypeuses. Celles qui appartenaient au col se distinguaient par leur forme pédiculée rappelant des polypes muqueux par leur couleur jaune d'ambre, souvent avec un reflet rougeâtre et par leur constance molle partout. Elles possèdent un revêtement continu de cellules cylindriques basses et sont constituées par un tissu très riche en vaisseaux. Les cellules

arrondies et grosses sont tantôt disposées les unes à côté des autres, sans aucune substance intermédiaire, ou bien sont plongées dans un liquide séreux qui s'écoule aussitôt après l'incision. Beaucoup de jeunes cellules sont adipeuses, volumineuses ; entre elles existent des noyaux cellulaires ; de même les parois minces des vaisseaux montrent une dégénérescence graisseuse.

« Le corps utérin est un peu augmenté de volume, sa muqueuse est veloutée et enflée, un peu œdémateuse et pourvue à sa moitié inférieure d'un collier de végétations polypeuses semblables aux franges qui pénètrent et franchissent l'orifice interne, quoique aussi molles et pulpeuses, elles ne sont pas cependant gélatineuses et sont plus pâles que les végétations cervicales.

« Elles possèdent de même un revêtement épithélial et une couche analogue de grosses cellules rondes, mais beaucoup moins de vaisseaux.

« Plus en dehors, on trouve une couche de jeunes cellules musculaires lisses entre lesquelles les cellules rondes sont accumulées, c'est ainsi que le néoplasme pénètre dans le tissu musculaire. Les glandes manquaient dans toutes les végétations. »

OBSERVATION VII

(Rein. — *Archiv für Gyn.*, 1880, Bd. XV. p. 187.)

La couturière A. D..., non mariée, agée de ving et un ans est entrée à la clinique le 4 mars 1875.

Enfant, elle se portait bien ; réglée depuis l'âge de dix-sept ans toutes les trois semaines ; règles durant trois jours sans douleurs. La malade est de taille moyenne, bien constituée, anémique. Les organes thoraciques et abdominaux sont normaux. Des

parties génitales s'écoule un liquide épais, verdâtre ; l'orifice vaginal est tuméfié. L'ouverture de l'hymen annulaire avec son bord intact est peu élargi et laisserait facilement passer l'index.

Le vagin est notablement distendu ; ses parois sont lisses, tendues. Dans le vagin, immédiatement en arrière de son ouverture, on sent plusieurs tumeurs ovoïdes ou sphéroïdes de consistance assez molle, de la grosseur d'une noix et de plus petites suspendues par des pédicules minces et courts. La masse entière de cette tumeur rappelle par sa forme en grappe et par sa consistance particulière un môle hydatiforme.

Comme origine de la tumeur, pouvait être considérée la lèvre antérieure du col ; mais avec le doigt passant en arrière de la tumeur, il était impossible d'atteindre son insertion.

A l'examen au spéculum la tumeur ressemblait également par sa coloration et une môle hydatiforme.

Les antécédents sont les suivants : Il y a un mois apparurent des pertes blanches, en mai 1876 la menstruation s'est établie avec douleurs et était plus abondante que d'ordinaire ; en même temps la malade s'aperçut que des parties génitales sortait un corps qui lui paraissait être vésiculeux, une partie de ce corps est tombée, le reste disparut dans le vagin. La même chose s'est répétée pendant les règles du mois de juin.

En juillet les règles étaient encore plus profuses et duraient cinq jours ; les masses saillantes étaient encore plus grosses. A partir du mois de juillet commencent des métrorragies irrégulières qui duraient parfois de deux à trois semaines, dans les intervalles un fort écoulement leucorrhéique. A partir de décembre 1874, les métrorragies disparaissent, mais un fort écoulement de liquide purulent se déclare et persiste jusqu'à présent.

Outre les symptômes indiqués la malade a de la constipation

et des douleurs en arrivant ; ces dernières augmentent pendant la procidence de la tumeur des organes génitaux, diminuent quand la tumeur se remet en place.

D'après les dires de la malade, elle n'aurait jamais eu de rapport sexuel. Le jour de son entrée à la clinique la malade fut examinée par le Dr Krassovsky, pendant une leçon : en même temps quelques particules de la tumeur s'échappent au dehors en provoquant une légère hémorragie ; il fut aussitôt décidé d enlever complètement la tumeur avec une pince de Lauer à crémaillière. Quelques parties de la tumeur furent saisies et enlevées ce qui a fait gagner tant de place dans le vagin, qu'on a pu glisser la chaîne de l'écraseur sur une grande partie de la tumeur jusqu'à la lèvre antérieure. La masse enlevée avait le volume d'un poing d'enfant. Il n'est pas survenu d'hémorragie. On enleva ensuite un amas de petites tumeurs qui naissaient également de la lèvre antérieure un peu à gauche de la première.

Le reste de la tumeur devait être extirpé plus tard.

L'état de la malade après l'opération était très satisfaisant.

Le 10 mars, le professeur Krassovsky s'est décidé à enlever tout ce qui restait de la tumeur. Sous le chloroforme on constata que l'utérus était un peu en antéflexion et antéversion. Le corps de l'utérus est normal par sa consistance et son volume. Après le redressement de l'utérus, on a pu constater que la tumeur sortait de la lèvre postérieure par un pédicule fin et étroit.

Une partie de la tumeur enlevée par morceaux. au moyen de la torsion avec une pince, on pouvait voir à travers les petites lèvres externe l'orifice du col. La tumeur avec la lèvre postérieure fut enlevée par l'écraseur.

L'hémorragie veineuse survenue fut arrêtée par la cautérisation au fer rouge.

La malade s'est rétablie aussitôt après l'opération. Tous les trois jours, on cautérisait la plaie à la pierre infernale.

Le 5 avril, à la sortie de la malade de l'hôpital, on constatait que le vagin était revenu sur lui-même ; ses parois étaient pourvues de nombreux plis. Les deux lèvres sont d'égale grandeur ; leur surface est un peu rugueuse. L'utérus est modérément antéfléchi, mobile. La sonde pénètre jusqu'à 7 centimètres de profondeur.

Le fond du vagin est libre. A l'examen au spéculum on trouve la plaie couverte de bonnes granulations ; une petite partie montre encore une eschare jaunâtre, produite par la cautérisation.

En avril et mai, ses règles étaient normales et duraient trois jours. A la fin de juin, de petites végétations papillaires sur la lèvre postérieure. Depuis cette époque le néoplasme grossit vite et acquiert bientôt le volume d'avant l'opération. Un fort écoulement sanguino-purulent, fétide, qui épuisait fortement la malade, des constipations opiniâtres, les difficultés d'uriner et des accès de fièvre survenant de temps en temps la forcèrent d'entrer de nouveau à l'hôpital le 1er septembre 1875.

A son entrée, on nota, outre les symptômes observés la première fois encore deux nouveaux :

1° Une sensibilité bien manifeste de l'hypogastre gauche, au fond duquel on sentait à travers la paroi abdominale une tumeur mal limitée ;

2° Dans la masse contenue dans le vagin on sentait à côté des parties molles des grains de substance cartilagineuse.

Au courant du mois de septembre, la tumeur continuait à croître, la faiblesse de la malade, qui ne quittait plus le lit, aug-

mentait de plus en plus, par suite d'insomnie, des douleurs au bas-ventre, de constipation, d'écoulement purulent et fétide, de plus en plus abondants, de fréquents accès de fièvre qui montait jusqu'à 39°7.

A la fin de ce mois, la tumeur remplissait tout l'hypogastre gauche.

Le 29 septembre, l'extirpation de la partie de la tumeur qui se trouvait dans le vagin fut décidée, quoiqu'il était évident que le néoplasme avait gagné le ligament large du côté gauche, parce que la décomposition de la partie vaginale était cause de la septicémie qui faisait craindre une fin prochaine.

Toute la portion vaginale avec la tumeur fut enlevée par l'écraseur. On remarqua alors de nombreuses masses en forme de grappes sortant des parois du vagin. Ces parties furent aussi enlevées, par torsion, avec une pince. A la fin de l'opération, l'index pouvait entrer à la partie supérieure du vagin, dans une cavité remplie de masses néoplasiques, par un orifice rond gris pouvant être pris pour l'orifice externe du col.

L'autopsie a démontré plus tard, que l'ouverture était située dans le cul-de-sac gauche et menait dans une cavité située dans l'épaisseur du ligament gauche. Pendant l'opération, l'hémorrhagie était assez forte. Pour l'enrayer on injectait de l'eau glacée et une solution de perchlorure de fer. A la suite d'une de ces injections la malade ressentit une très forte douleur dans le bas-ventre, de sorte qu'on pouvait supposer que l'eau avait pénétré dans la cavité péritonéale.

La malade est morte le lendemain matin des suites de l'opération.

Les parties enlevées la première fois pesaient 90 grammes, la seconde 122 gr. 5. Ces dernières, à l'état frais, avaient l'aspect

microscopique suivant : Il y avait 60 pièces isolées : la partie principale, qu'on pouvait regarder comme la base de toute la tumeur, avait la forme d'un disque divisé en lobes ; elle avait 6 centimètres de diamètre et 2 cm 5 d'épaisseur, elle pesait 42 grammes. La couleur était blanchâtre et la consistance médulleuse. La coupe montrait une surface pareille à celle du carcinome médullaire, divisée en petites cellules : partout un réseau de fibres de différentes grosseurs.

Sur les bords du disque, on remarque de petites tumeurs sphériques isolées dont la consistance est beaucoup plus molle, presque gélatineuse. A la coupe elles ressemblent beaucoup au tissu du cordon ombilical et sont divisées également par un réseau de fibres en plusieurs cellules. Les autres parties du néoplasme présentent ou bien des masses isolées, sphériques, de la grosseur d'un pois à celle d'une noix, ou bien des petites agglomérations de ces masses. Sur la coupe leurs tissus paraissent très différents, variant entre les deux formes mentionnées de consistance médullaire et myxomateuse. Leur couleur est blanchâtre avec un reflet jaunâtre et verdâtre.

La masse récidivée, enlevée au mois de septembre, se présentait à l'examen fait deux heures après l'opératiou sous la forme suivante : la partie principale pesant environ 100 grammes contient une partie du vagin extirpé et du canal cervical. Toute sa périphérie et couverte de végétations en grappes. Le reste consiste de même qu'un grand nombre de pièces la plupart de la grosseur d'une noix à une noisette et quelques-unes encore plus petites. D'après leur forme quelques-uns de ces corps ressemblent aux choux-fleur, d'autres aux grappes de raisin.

En général la tumeur récidivée ressemble à la première avec cette différence que quelques parties sont gangrénées, et dans

quelques-unes on sent des noyaux de consistance cartilagineuse de la grosseur d'un pois et même plus.

La tumeur était composée de cellules, séparées par une substance intercellulaire plus ou moins abondante. Les cellules varient en grosseur et en forme. Ellee diffèrent peu par leur volume des corpuscules blancs du sang, mais le plus souvent elles sont notablement plus grosses. Leur forme est tantôt ronde ou ovale, tantôt irrégulière, plus rarement fusiforme ou étoilée, dans ce dernier cas avec des prolongements anastomosés, cemme on le voit dans le tissu myxomateux. On trouve des cellules rondes ou ovales, généralement dans les parties qui ont une consistance médullaire, fusiformes et étoilées surtout dans celles qui ressemblent microscopiquement à la gelée de Wharton.

Le protoplasma est trouble, un peu granuleux, en partie brillant et se colore mal par la plupart des réactifs. Le noyau, de grosseur moyenne, et le mucléole sont visibles dans beaucoup de cellules.

La substance intercellulaire n'est pas partout uniforme. Dans quelques préparations, surtout là où les cellules sont étoilées, elles est transparente, presque homogène, formée seulement par des fibres fines d'aspect granuleux, probablement à la suite de la précipitation de la mucine par l'alcool, dans d'autres parties la substance intercellulaire est distinctement granuleuse et trouble.

Le rapport du nombre de cellules à la masse intermédiaire n'est pas constant. Là où la tumeur paraissait microscopiquement médullaire, les cellules sont parfois si serrées les unes contre les autres, qu'on aperçoit seulement des traces de subs-

tance intercellulaire. L'état contraire se rencontre surtout dans les parties ressemblant à la gelée de Wharton.

Toute la surface du néoplasme regardant le vagin paraît tapissée d'un revêtement épithélial stratifié qui ressemble à l'épithélium normal du vagin. Toute les parties de la tumeur sont riches en vaisseaux sanguins, dont l'endothélium est souvent gonflé.

En différentes parties du néoplasme, entre autres dans les bords de l'ouverture du cul-de-sac vaginal gauche, on trouve des nodosités rondes de différentes grosseurs, qui se distinguent aisément du tissu environnant. Les cellules ovales et anguleuses, souvent divisées en deux ou quatre parties, avec un ou plusieurs noyaux à double contour, et la substance intercellulaire très réfringe abondante et homogène, offrent l'aspect caractéristique du cartilage hyalin.

OBSERVATION VIII

(Spiegelberg. *Archiv. fur Gyn.*, 1880, Bd. XV, p. 437.)

La servante A... R... fut envoyée à la clinique le 5 octobre de l'année dernière par le Dr Max Freund. Trente et un ans, premières règles à l'âge de quatorze ans, accouchée deux fois, la dernière fois, il y a quatre ans ; suites de couches normales, toujours bien réglée. En hiver 1878-1879 des hémorragies irrégulières apparaissent ; la malade s'adresse à M. le Dr Freund, qui trouve la lèvre postérieure du col parsemée et infiltreé de végétations papillaires, molles. Il enlève la lèvre et cautérise la plaie au fer rouge. Déjà le 2 août, la malade se présente de nouveau, avec une récidive qui, cette fois, accuse davantage la forme papillaire, des végétations longues et molles, naissant de la muqueuse au niveau de la cicatrice laissée par l'opération

antérieure. Elles sont excisées de nouveau et la surface de section cautérisée.

Le Dr Bruswanger reconnaît la masse enlevée comme étant un sarcome avec papilles notablement allongées et espaces lymphatiques inter-papillaires élargis. A son entrée à la clinique R...raconte que depuis la première opération de M.Freund, les hémorragies ont disparu, mais elles ont été remplacées par un fort écoulement purulent. Pas de douleurs, état général est bon.

A l'examen du 6 octobre, je constate : grande et forte fille un peu pâle, vagin libre. A l'orifice externe du col dont la lèvre postérieure manque et l'antérieure est courte et déjetée en dehors, sort un bouquet de polypes longs de 2 à 4 centimètres, pyriformes, de consistance gélatiniforme, jaunes, très friables ; ils ont pour base la paroi postérieure du col où ils s'insèrent par de fortes racines, isolées, larges et courtes.

Le corps de l'utérus est modérément grossi, en position normale, mobile, insensible à la pression ; tissu périutérin libre cul-de-sac dépressible, pas de ganglions tuméfiés nulle part.

2 octobre. — J'ai excisé à leurs bases toutes les végétations mais elles repoussent de nouveau et le 1er novembre j'enlève l'utérus avec ses annexes par la méthode de Freund.

L'examen pratiqué par le Dr Marchand a donné les résultats suivants :

Le néoplasme enlevé le 20 octobre est constitué par deux masses molles de 4 à 5 centimètres de long, divisées en plusieurs lobes d'une couleur jaune rougeâtre transparente. Leur surface est lissée ; des échancrures profondes la divisent en plusieurs lobules plus petits et de nombreuses petites végéta-

tions rondes sont situées autour de la surface de section ; sur les bouts piriformes de quelques lobes on voit des espaces kystiques transparents.

La surface de section est inégale ; son tissu est formé par des couches de cellules très serrées, rondes, sans substance intermédiaire apparente, de sorte que les fines cellules se distinguent à peine les unes des autres.

Les lobes examinés, après durcissement, sous le microscope, présentent partout sur leur surface un épithélium stratifié, bien conservé.

Les végétations sont riches en cellules et vaisseauv ; à mesure qu'on s'approche de la surface de section, les cellules rondes sont plus abondantes et ressemblent plus à des granulations. Les vaisseaux sont très remplis et dans leur voisinage les cellules se serrent auprès d'eux et se transforment en grande partie en cellules fusiformes qui, en partie, sont accolées les unes contre les autres, en partie sont séparées par une substance intermédiaire transparente. Enfin dans les appendices lobulés polypiformes du néoplasme, la substance intercellullaire molle diminue, de sorte que le tissu prend le caractère myxomateux, avec cellules rares anostomosées ; les couches tout à fait superficielles montrent de nouveau une structure plus ferme, même fibreuse. Les points transparents dans les appendices se montrent comme des cavités sphériques, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, limitées par un tissu dense, riche en cellules ; on ne trouve pas de revêtement épithélial spécial à la surface interne de ces cavités, de sorte qu'on ne peut pas les faire dériver des glandes. Ces espaces laissent écouler par la piqûre un liquide clair et visqueux, incolore, finement granulé, qui reste par place accolé à la paroi ; quelques cavités contien-

nent un certain nombre d'hématies, dans quelques petits kystes la masse principale du contenu était formée par des hématies.

Déjà quelques semaines après sa sortie de la clinique, la malade A. R. y retourne avec un sarcome récidivé dans le bassin de la grosseur d'un œuf de poule situé entre le rectum et le fond du vagin. .

L'induration donnait la sensation d'un corps rénitent semblable à un abcès à parois fermes. Il croissait en bas et en avant, comprimait la vessie, la repoussait en avant et en haut, comprimait après le rectum et détermine enfin une obstruction extrêment grave. Contrairement à ce qui arrive ordinairement, les nodosités sarcomateuses se sont rentrées dans le cavité abdominalde relativement tard ; on ne les a constatées que quelques semaines avant la mort, qui arriva le 8 mars (quatre mois après l'opération) à la suite de l'occlusion intestinale et de péritonite.

L'autopsie (Dr Marchand) démontra une péritonite purulente, plusieurs adhérences anciennes ou récentes, entre les anses intestinales et le tissu environnant. La cavité du bassin était remplie par une grosse tumeur, située entre le vagin et le rectum, qui avait aplati les parois de ce dernier jusqu'à l'anus et qui arrivait en haut jusqu'au détroit supérieur. Elle était molle comme un kyste, mais à paroi ferme et était formée à l'intérieur par une masse molle, friable, semblable à une bouillie parsemée d'infarctus hémorragiques. Une tumeur pareille un peu plus petite, se trouvait derrière le cœcum, dans la fosse iliaque droite. Le fond du vagin était fermé par une forte cicatrice de six centimètres de largeur à laquelle adhéraient encore quelques fils de soie. Aux

extrémités de la cicatrice se trouvait une ouverture fistuleuse par laquelle la sonde pénétrait dans la cavité, grosse comme une noix, entourée de tissu cicatriciel et dont les parois étaient ulcérées ; dans la cavité gauche se trouvait encore un fil de soie (ligature de l'annexe correspondante) ; il était difficile de juger s'il y avait existé ou non une communication libre avec la cavité abdominale. Au point de vue microscopique, les grosses tumeurs se comportaient de la même manière que celles extirpées avant.

Les parties blanc-jaunâtres, peu altérées, étaient formées par le même tissu sarcomateux, fortement infiltré de sérosité par des cellules fusiformes et étoilées avec une substance intermédiaire à peine distincte dans la plus grande partie, traversé par de rares vaisseaux. Ae milieu, le contenu était hémorragique et en bouillie, ce qui avait contribué à la formation des cavités kystiques, aussi bien que l'accumulation de substances intercellulaires liquides.

OBSERVATION IX

(Thomas, 1880. — *Traité clinique des maladies des femmes*. Tr. Lutaud, p, 476.)

Résultat de l'examen clinique. — Vagin distendu par une tumeur en grappe implantée sur uue pédicule sur la paroi interne du col.

Mode de traitement et évolution. — Ablation de la tumeur avec l'écraseur.

Examen histologique. — Sarcome.

OBSERVATION X

(Winkler. — *Arch. für Gyn.* Bd. XII, p. 312.)

La femme de ménage A. G..., quarante-sept ans, se présente chez le Dr Langer, le 14 septembre 1882. Enfant, elle était bien portante, réglée à dix-huit ans ; la première menstruation durait huit jours et était très abondante.

Mariée quelques années plus tard, elle a eu six accouchements, au nombre desquels il y avait quatre avortements avec fortes hémorragies ; deux enfants seulement arrivèrent à terme et vivent encore.

Depuis le mois d'avril 1882, elle a de fortes hémorragies irrégulières qui durent huit jours au plus, au dire de la malade, avec expulsion en dehors de sang liquide et de parties solides. En plus, douleurs des reins, insomnie et faiblesse croissante. Elle s'était adressée d'abord au Dr Klotz de Dresde qui trouva, le 24 juin, le col utérin très épaissi à gauche, de sorte qu'il croyait d'abord à une hypertrophie du col. Un écoulement hydroïque s'est déclaré ensuite et une néoplasie en état de décomposition.

Le col utérin fut amputé le 6 juillet et la femme fut renvoyée au bout de douze jours comme guérie.

Au bout de quelque temps, de nouvelles hémorragies, puis des écoulements.

La malade est envoyée à Dresde.

Le Dr Langer fait les constatations suivantes :

La femme est maigre, le teint jaunâtre, cachectique. Du

vagin s'écoule en abondance un liquide fétide. Si l'on entr'ouvre la vulve, on voit en sortir une masse rouge noirâtre, rugueuse, brillante.

Le vagin est rempli par une tumeur papillaire molle, qui semble se continuer avec le col. L'orifice externe n'est pas accessible. Sur la paroi antérieure du vagin sont suspendues des masses polypiformes, dont deux arrachées involontairement furent extraites sans que la femme s'en doutât. Ces deux pièces grosses comme des grains de raisin, un peu aplaties, ont un aspect gélatineux, infiltrées de sang, et prennent une coloration de jaune gris jusqu'au noirâtre.

Une préparation faite aussitôt des parties enlevées était composée principalement des cellules rondes avec de gros noyaux très nettement visibles après l'addition d'acide acétique et contenant plusieurs nucléoles brillants. Il y avait aussi en petit nombre des cellules ovales ou trapézoïdes et des cordons fins de cellules fusiformes.

La substance intercellulaire se voyait très peu dans les préparations dissociées.

L'opération fut décidée pour le lendemain. Elle fut pratiquée sous une irrigation continue d'acide phénique à 2,5 0/0.

M. le Dr Langer enleva peu à peu, au moyen des doigts et de la cuillère tranchante, tout ce qu'il pouvait, tâchant de réduire le volume de la tumeur, pour arriver jusqu'à son origine. Mais de cette manière on n'arrivait qu'à enlever les masses molles, atteintes de décomposition putride ; plus haute déjà au niveau de l'orifice vaginal, la tumeur devenait moins moelleuse, de plus en plus ferme et fibreuse. On fit passer alors l'un après l'autre trois écraseurs autour du pédicule gros à peu près comme un poignet, mais chaque fois le fil cassa, quant à la

tumeur elle avait le volume d'une tête d'enfant et remplissait presque complètement le vagin. Le pédicule de la tumeur semblait se perdre dans le cul-de-sac antérieur du vagin ; le corps de l'utérus remontait de deux à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et semblait un peu augmenté de volume ; le col n'était pas accessible. Dans le cul-de-sac vaginal postérieur et aussi latéralement, se trouvaient des tumeurs isolées en bouquet, en grappes de raisin, qui furent arrachées par les doigts. Comme on ne pouvait pas réussir avec l'écraseur et comme d'autre part on avait la preuve que la cloison vésico-vaginale était envahie par le néoplasme et que, pendant une tentative d'enlever toute la tumeur, la vessie serait probablement intéressée, on était forcé d'abandonner le projet d'une opération radicale. M. le Dr Langer retira encore avec les doigts et les ciseaux des masses du volume du poing, passa à travers le pédicule aussi haut que possible un double fil de soie très fort et le noua en avant et en arrière ; le moignon abaissé au moyen d'une pince de Museux, fut carbonisé avec le thermocautère. Une hémorragie en nappe assez forte fut arrêtée par la compression et le tamponnement avec de la gaze iodoformée.

Le 25 septembre, la femme part pour son pays.

Les masses néoplasiques enlevées par cette opération pesaient 158 grammes et avaient une coloration tantôt rouge brun foncée, tantôt plus claire, rouge gris. Pour la plupart c'étaient des pièces lacérées, de différentes grosseurs, en outre quelques petites grappes intactes, vitreuses ; la pièce la plus grande, sortant du pédicule de la tumeur de 8 centimètres de long, avait une consistance plus ferme et était couverte de végétations polypiformes, sessiles ou pédiculées, de la gros-

seur d'une noisette à une noix, un peu aplaties, vitreuses et transparentes.

Tout de suite après l'opération la néoplasie recommence à croître et même assez rapidement. La désagrégation devenait de plus en plus forte, la décomposition putride et l'odeur infecte ne pouvaient être enrayées qu'au moyen de la poudre d'iodoforme et des tampons de gaze iodoformée. En même temps les forces de la malade décroissent ; la cachexie devient de plus en plus nette, un œdème léger aux malléoles se montre. De nouveaux apparaissent des difficultés pour uriner. Selles normales.

A la fin d'octobre, la tumeur remplissait de nouveau si bien le vagin, qu'elle était visible à la vulve et le 1er septembre, à la suite d'un effort, elle sortit presque subitement par la vulve, comme une tête d'enfant, alors entre les cuisses de la malade. L'odeur horrible que ces masses néoplasiques répandaient autour d'elle, commanda leur ablation immédiate.

Pendant une exploration du vagin, sous le chloroforme, on constata que la partie sortie du vagin ne présentait pas toute la tumeur, que le vagin lui-même était remplie par une tumeur encore plus grande, molle, formée d'une agglomération de polypes et paraissant être largement assise snr la paroi antérieure du vagin.

La partie prolabée paraissait seulement un polype excessivement gros de la tumeur entière.

On ne pouvait pas espérer, bien entendu, enlever toute la tumeur. Le pédicule de la partie prolabée, facilement accessible et ayant 14 centimètres de circonférence fut serré par une ligature élastique, la dernière liée et serrée avec un serre-nœud. La tumeur coupée avec des ciseaux, le pédicule fut brûlé avec

le thermocautère de Pacquelin. On enleva alors avec les doigts autant que possible des masses se trouvant dans le vagin, sans hémorragie particulière. Après avoir brûlé ainsi cette plaie avec le Pacquelin, la plaie fut couverte de poudre et de gaze iodoformée, et le vagin rempli de tampons iodoformés. Les parties enlevées pendant cette opération pesaient ensemble 218 grammes, la pièce prolabée seule 172 grammes. Elles ressemblent, quant à leur aspect extérieur, à celles enlevées la première fois ; seulement les végétations polypeuses, sont un peu plus grosses, plus remplies de sang extravasé. Au bout de dix jours, la malade quitta pour la première fois son lit, mais se sentait très faible. Appétit mauvais, insomnie combattue par la morphine. Déjà au bout de quatorze jours, on s'aperçut que la tumeur continuait à croître ; au bout de quatre semaines elle remplissait de nouveau tout le vagin et se montrait à la vulve. Cette fois elle n'est pas sortie de la vulve, mais en revanche croissait rapidement en haut.

Pas de difficultés pour uriner, constipation facilement combattue par des purgatifs légers, et appétit de plus en plus mauvais, vomissements de plus en plus fréquents. La malade dépérissait, ne quittait plus le lit à partir de Noël et mourait enfin le 18 janvier 1883, dans un épuisement général.

OBSERVATION XI

(Kunitz. Thèse de Berlin ,1883).

Dame S..., de la Russie, vingt ans. Mariée depuis dix-huit mois. Avortement il y a neuf mois. Le 7 avril fut opérée pour une tumeur par un médecin de Varsovie.

La tumeur sortait de l'orifice extérieur du col ; elle avait un point de départ circonscrit et fut considérée après l'ablation comme une môle hydatiforme.

La pièce qui était entre les mains de la malade représentait une tumeur en forme de grappe et constituée par une agglomération de petits polypes aplatis à la superficie. On pouvait voir encore sur la base de la tumeur les plis cervicaux très distincts, qui passaient graduellement sur la surface propre de la tumeur, en excroissances papillaires. La surface externe de la tumeur a l'aspect d'une grappe et est couverte de végétations grosses et petites.

De la partie postérieure sortent en haut de petits polypes. Plus bas les polypes deviennent plus gros de sorte que la partie inférieure en contient les plus gros.

Cependant on trouve aussi entre ces derniers de petits polypes et des papilles. La largeur de la tumeur est de 46 millimètres.

Sur une coupe passant par le canal cervical, on voit en haut la face interne du canal cervical avec les beaux plis de la muqueuse.

On voit que la coupe a porté sur un tissu compact, de sorte qu'on a l'impression d'une lèvre du col prolongée.

La surface de la coupe a un aspect homogène, ferme ; seulement du milieu de la base descend en bas et en avant une bande striée, rouge brune, qui s'amincit de plus en plus, finit dans des petits polypes atteints par la coupe et contient sur son trajet des fissures fines et de petits enfoncements punctiformes. Cette bande contient les vaisseaux principaux de la tumeur.

La surface de la coupe est entourée par les grosses et petites

excroissances polypoïdes, qui sont atteintes en partie par l'incision et montrent leur connexion avec le tissu plus ferme.

Les polype ont, en général, un aspect gélatineux, quelques-uns montrent des ecchymoses brunes, rougeâtres et bleuâtres.

Quant à la consistance de la tumeur, elle est naturellement altérée par sa conservation dans l'alcool. Son tissu, assez ferme, se ramollit rapidement, si l'on retire la pièce de l'alcool et on la laisse quelque temps à l'air libre.

OBSERVATION XII

(W. Muller, 1887. *Arch. f. Gyn.* Bd LXXX, p. 249. Cas 4).

Age : vingt-quatre ans.

Antécédents génitaux. — Stérile.

Résultats de l'examen clinique. — Tumeur en grappe du col grosse comme un œuf.

Mode de traitement et évolution. — Amputation du col suivie bientôt de récidive.

Terminaison. — Mort par péritonite.

Durée de la maladie. — Un an.

Autopsie. — Cavité utérine très agrandie ; de sa partie inférieure se détache un polype en grappe. Infiltration sarcomateuse du vagin du ligament large droit et de presque tout le bassin.

Examen histologique. — La première tumeur est formée de cellules rondes et fusiformes avec de grandes cellules fusiformes et striées. La tumeur récidivée est un myxo-sarcome télangiectasique et lymphangiectasique avec îlots de cartilage.

OBSERVATION XIII

(Smith. — *Amer. J. of Obst.*, Bd. XVI, p. 555.)

Age. — Trois ans.

Résultats de l'examen clinique. — Tumeur en grappe faisant saillie dans le vagin.

Mode de traitement et évolution. — Ablation : récidive. Ablation : nouvelle récidive sous forme d'une volumineuse tumeur abdominale.

Terminaison. — Mort trente-trois jours après la deuxième opération.

Examen histologique. — Sarcome à cellules rondes.

OBSERVATION XIV

(Pernice. — *Wirchow's Archiv.*, 1888, Bd. 113, p. 46.)

Frieda Peters de Wolgast, entrée pour la première fois à la clinique gynécologique de Gnèswald, le 14 octobre 1886, déclare que jusqu'à l'âge de quatorze ans elle se portait toujours bien et a eu ses premières règles à l'âge de quinze ans.

Sa menstruation était toujours irrégulière, tantôt toutes les trois à quatre semaines, tantôt avec une semaine d'intervalle seulement ; elle était toujours assez abondante, mais sans aucune douleur.

La malade n'avait jamais eu d'enfant. Elle raconte qu'à partir des pâques de cette année, pendant ses règles, elle voyait une tumeur apparaître au niveau des organes génitaux externes ; que cette tumeur était de la grosseur d'une noix et disparaissait

chaque fois, après la menstruation, spontanément. Avec le temps la tumeur a grossi assez pour ne plus disparaître après les époques, de sorte qu'elle était obligée deux fois de suite d'appeler une sage-femme pour la faire rentrer.

Depuis la première apparition de la tumeur, les pertes de sang seraient devenues plus abondantes.

Quand la malade se présentait pour la première fois à l'hôpital, elle paraissait une personne bien portante avec un facies normal et un système musculaire bien développé.

Toutes les fonctions, l'appétit, les selles étaient normales. A l'examen des organes génitaux, on constatait que l'utérus remontait un peu au-dessus de la symphyse et était assez gros ; dans le vagin on trouvait une tumeur grosse comme un poing, le remplissant complètement, et traversée au milieu par un canal.

La tumeur paraissait bosselée et présentait des saillies grandes et petites jusqu'à la grosseur d'une noix ; elle sortait de la partie inférieure de l'utérus autant qu'on le pouvait constater sans abaissement de ce dernier. Après l'examen au spéculum il fut évident que la tumeur était constituée par un nombre considérable de petits polypes rouges-bleuâtres comme des vésicules d'un môle hydatiforme. L'incision d'une de ces vésicules en faisait sortir une substance gélatiniforme filante. L'hémorragie résultant de ces petites plaies était insignifiante.

27 octobre. — Au moment des règles, la tumeur ressortait de nouveau des organes génitaux accompagnée de fortes hémorragies. Elle était alors du volume d'un poing et demi environ ; elle s'est montrée dans toutes les parties telle que nous l'avions décrite, saignait beaucoup, et l'on pouvait très bien voir qu'elle avait son origine à la portion vaginale très amincie et très allon-

gée, dont une grande partie, encore parfaitement saine, se trouvait au niveau des organes génitaux externes. Le repos n'ayant pas donné d'amélioration, l'opération ne pouvait plus être retardée et elle fut pratiquée très simplement de la manière suivante :

On a fait une incision cunéiforme du col de l'utérus, l'hémorragie était insignifiante, et la plaie fut fermée au moyen de sutures profondes. Pendant la suture, les fils coupaient facilement le tissu. Le vagin fut lavé, saupoudré avec de la poudre d'iodoforme et tamponné avec de la gaze iodoformée. L'état de la malade était très satisfaisant et le 9 novembre elle quittait l'hôpital.

A sa seconde entrée, le 7 janvier 1887, la malade déclarait que la menstruation du mois de novembre s'était passée très régulièrement et qu'elle se portait très bien jusqu'à Noël. A cette époque les règles étaient revenues, mais cette fois-ci très abondantes et furent suivies d'un écoulement fétide des organes génitaux.

A l'examen on constate de nouveau dans le vagin une tumeur grosse comme un œuf d'oie qui, à la surface, présentait de nombreuses saillies séparées les unes des autres par des sillons et qui saignaient au moindre contact. La tumeur s'effilait en haut et se terminait par un pédicule de 6 centimètres de longueur, auquel la lèvre cervicale formait tout autour un bourrelet de 0 cm. 5 de longueur.

Au spéculum la tumeur apparaissait gris rougeâtre. Croyant à une récidive de l'ancienne tumeur, nous avons décidé son ablation le 10 janvier 1887. A cet effet, la tumeur ayant été complètement attirée en bas fut prise dans l'anse du galvanocautère, tout près du fond du vagin et sectionnée lentement sans

perte d'une seule goutte de sang. Aussitôt après l'ablation de la tumeur, nous voyons à la partie supérieure du vagin un bout d'épiploon, qui, soigneusement désinfecté par de l'iodoforme, fut remis en place et retenu par un tampon. La cause de ce prolapsus était une inversion méconnue de l'utérus ; la tumeur adhérait au fond de ce dernier et fut excisée avec une partie du corps, des ligaments larges et des trompes, mais le col fut enlevé en partie seulement par le galvano-cautère et une partie fut de la sorte conservée.

Après l'opération, aucun phénomène grave n'est survenu chez notre malade.

5 février. — La malade, guérie, quittait le service.

18 septembre 1887. — La malade rentre de nouveau à l'hôpital. A l'examen, on constate dans le ventre une tumeur qui remontait en haut jusqu'au creux épigastrique et s'étendait à droite et à gauche jusqu'aux côtes.

26 septembre. — On fait la laparotomie et on constate l'adhérence intime de la tumeur avec le péritoine. Tout essai de la libérer des adhérences amenait des hémorragies abondantes. La tumeur elle-même avait la couleur rouge bleu foncé, était ferme et saignait au moindre attouchement. C'est pourquoi on a dû renoncer à exciser une partie de la tumeur pour un examen microscopique. L'aspect rappelait complètement celui d'un sarcome de l'ovaire. La plaie guérit par première intention. Mais bientôt une dyspnée croissante, compliquée de pneumonie catarrhale hypostatique, hâtèrent la fin qui arriva le 27 octobre 1887.

Examen anatomo-pathologique. — Première tumeur. — La première tumeur avait l'aspect d'un môle hydatiforme, à part ceci qu'on pouvait voir dans un point un pédicule de 2 à 3 cen-

timètres de long gros comme le pouce, de sorte qu'on pouvait comparer la tumeur à une grappe de raisin. Le pédicule et la tumeur toute entière étaient traversés par un canal, qui se continuait directement avec la cavité utérine, donc les polypes doivent être considérés comme des végétations polypeuses nées autour du canal cervical. Après avoir fendu la tumeur, on voyait que les polypes qui formaient le canal étaient suspendus sur de longs et minces pédicules, comme des cerises, et étaient gros comme une lentille à un haricot. Les deux moitiés avaient la même surface bosselée. Les polypes de la surface étaient facilement isolables avec les doigts et avaient aussi de petits pédicules comme ceux du canal. Mais en d'autres points, il y avait des parties plus grosses à base large, sessiles, sans division ultérieure ; il faut croire qu'elles étaient formées par plusieurs polypes.

Deuxième tumeur. — A l'état frais les petits polypes étaient recouverts par une pellicule mince à épithélium cylindrique ou pavimenteux. Là où la séparation des polypes isolés est impossible, on peut cependant les séparer microscopiquement par les couches d'épithélium qui s'enfoncent dans la profondeur et divisent la tumeur en compartiments correspondant aux polypes primitifs. L'épithélium passait du polype sur son pédicule et de là sur le pédicule principal. Immédiatement au-dessus des couches superficielles se voyait déjà à l'œil nu, sur les coupes, une bordure rouge entourant dans la plupart des polypes une substance centrale grise, vitreuse, œdémateuse, dans d'autres uniformément rouge.

L'examen microscopique montra que cela tenait à la très grande richesse en vaisseaux qui formaient par leurs anastomoses un réseau serré immédiatement au-dessous de l'épithélium. Le sang extravasé de ces vaisseaux colorait uniformément

en rouge plusieurs polypes et empêchait de voir leur structure. Plusieurs cellules contenaient du pigment brun-jaunâtre, ce qui prouve que le sang extravasé était d'origine récente. Déjà dans cette couche superficielle, aussi bien que dans le centre, se rencontrent des noyaux ayant l'aspect vitreux et donnant dans les préparations fraîches une réaction angloïde nette avec la solution iodo-iodurée.

Le caractère fondamental du tissu des polypes était celui d'un tissu conjonctif œdémateux très mou, contenant par places du tissu myxomateux ; les cellules étaient surtout accumulées autour des vaisseaux. Elles étaient tantôt fusiformes, tantôt étoilées, tantôt rondes. On rencontrait des cellules fusiformes à noyaux pourvues de nucléoles, présentant une striation transversale très fine, reconnaissable seulement sur le bord du corps cellulaire.

On trouvait enfin, dispersés sur les coupes, de nombreux culs-de-sac glandulaires, tapissés par des cellules cylindriques ou cubiques, distendues parfois par un contenu légèrement granuleux. Dans les pédicules le tissu est plus ferme et beaucoup moins œdémateux, on remarque plusieurs infarctus hémorragiques.

OBSERVATION XV

(Munde. — *American Journ. of. obst.*, 1889, t. XXII, p. 126.)

Au commencement du mois de novembre 1888, je fus consulté dans mon service, par le Dr V. B. Dunbam de Suthport, pour une jeune femme non mariée, âgée de dix-neuf ans.

Il avait trouvé une jeune fille très anémique, confinée dans son lit par suite d'une faiblesse extrême, ayant depuis deux ans au

moins des pertes vaginales hydroïques, dont la cause n'était jamais connue, la malade se refusant toujours de se prêter à aucun examen.

Pendant cette période la menstruation était irrégulière M. le Dr Dunbam trouva la vulve et l'orifice hyménéal fortement distendus par une tumeur myxomateuse friable, qu'il pouvait saisir et sentir se prolonger profondément et remplir la cavité pelvienne.

Pendant cet examen,la tumeur myxomateuse sort en masse; une tentative de tordre la tumeur sur son pédicule révèle sa structure ferme et son attache solide et cause tant de douleur à la malade que celle-ci se trouve mal.

Comme l'ablation immédiate de la tumeur était naturellement indiquée, dès que la malade s'est un peu remise du premier examen, nous nous sommes rendus le 23 novembre au domicile de la malade ; un examen complet fut fait sous le chloroforme et avec l'assistance des Drs Dunbam, Asboane et Higgins, je procède à l'ablation de la tumeur. Je pouvais passer aisément toute ma main dans le vagin et contourner la tumeur qui occupait la cavité pelvienne tout entière et évidemment prenait naissance au centre de la voûte vaginale à laquelle elle était solidemment attachée. L'examen bimanuel démontra que le petit corps de l'utérus se continuait avec la tumeur vaginale, qui se présentait ainsi comme le col entier, énormément hypertrophié. Le canal cervical était évidemment situé au centre de la tumeur, mais n'était pas visible à l'extérieur.

Pendant l'examen les polypes muqueux de la surface de la tumeur sortirent en masse, dont une partie, composée de vésicules oblongues de couleur jaune, avait la longueur d'une

grappe de raisin. Au moyen d'un spéculum de Gênes, je passe l'écraseur sur la tumeur aussi loin que possible et je l'enlève ; le reste cachait la voûte vaginale. La portion centrale de la tumeur avait une structure si ferme, qu'elle craquait sous la pression du constructeur. La masse entière avec les masses myxomateuses expulsées pendant la manipulation préservaient cinq bons pouces de long sur trois de diamètre. Pour prévenir l'hémorragie consécutive j'ai passé deux gros fils de soie à travers la voûte vaginale et tamponné fortement le vagin.

La malade, anémique au dernier degré, a bien supporté le chloroforme et s'est rétablie de l'opération autant que possible, mais son médecin m'informe que sa santé n'est pas complètement rétablie et que la tumeur a grossi de nouveau jusqu'à la moitié du volume qu'elle avait avant l'opération, une intervention opératoire nouvelle fut déclinée.

L'examen microscopique, fait également pour moi par le Dr Heitzmann, a démontré ce qui suit : La tumeur cervicale présente microscopiquement partout un nombre considérable de kystes ; sous le microscope, on voit un tissu myxomateux, dans les réseaux duquel un nombre variable de corpuscules lymphatiques et adénoïdes.

Par places ces corpuscules lymphatiques se sont transformés en cellules sarcomateuses, quoique cette transformation n'allât pas très loin.

Il y a aussi un petit nombre de glandes.

OBSERVATION XVI

(Kleinschmidt. — *Arch. of. Gyn.*, Bd. CXXXIX, p. 1.)

Résultats de l'examen clinique. — Tumeur très molle, irrégulière, rattachée par un pédicule au col de l'utérus.

Mode de traitement et évolution. — Enlèvement du polype. Récidive.

Terminaison. Mort.

Examen histologique. — Sarcome à cellules rondes et fusiformes paraissant provenir de la paroi des vaisseaux.

OBSERVATION XVII

(Winckel. — *Lehrbruck der Pranenkrankhuten*, 1890, p. 432.

J'ai enlevé chez une femme de quarante ans, affaiblie par une énorme perte de sang, se plaignant d'une grande faiblesse, de pesanteur continue, de ténesme vésical et de douleurs modérées, une tumeur du volume d'une pomme sortant de la lévre antérieure. J'étais d'abord tout porté à me croire en présence d'un sarcome mou d'après son aspect extérieur. La surface ressemblait par ses nombreuses bosselures fragiles, presque vésiculeuses, à un myome du chorion mais sur la coupe, il ressemblait d'une manière frappante à un kyste glandulaire multiloculaire de l'ovaire au début. Sa malignité fut reconnue par ce fait que déjà, deux mois et demi après son ablation du col, toute la por-

tion vaginale, même la voûte vaginale était couverte de tumeurs nouvelles de même nature. La plus grande partie en fut enlevée à nouveau, mais comme l'extirpation totale était impossible, la malade en mourut bientôt.

Malheureusement l'autopsie n'a pas pu être pratiquée, la malade étant retournée en son pays. Au premier examen fait aussitôt après l'extirpation, la tumeur était molle, moelleuse, pauvre en sang et présentait sur la coupe des cavités innombrables remplies de mucosité visqueuse, vitreuse, cavités de la grosseur d'un poing à celle d'une lentille. Elles étaient disposées tantôt régulièrement, tantôt irrégulièrement les unes à côté des autres ; la coupe montrait parfois une disposition rayonnante. Elles communiquaient entre elles et avaient des prolongements.

Toutes les cavités étaient tapissées par un épithélium cylindrique dont les cellules étaient par place troubles, graisseuses : par place rompues et transformées en liquide vitreux qui remplissait les cavités d'une masse muqueuse. Dans les petites et très petites cavités, les cellules épithéliales, à la suite de leur accroissement, étaient tantôt aplaties et ressemblaient à l'épithélium bas des glandes de l'utérus gravide, ou bien se trouvaient à l'état de prolifération très active et contenaient deux ou trois noyaux. La charpente de la tumeur était formée par des cellules fusiformes, très fines, des lames cellulaires pareilles à celles de la muqueuse utérine normale. La tumeur contenait de gros vaisseaux isolés.

Le tissu propre de la tumeur n'a pas la même structure partout, tandis que les interstices des kystes et les sinus sont composés de cellules arrondies et fusiformes, très serrées les unes contre les autres, avec substance intercellulaire très distincte, claire et quelques larges traits de faisceaux conjonctifs, fibrillai-

res, légèrement sinueux, on trouve un peu plus près de la superficie, sous l'épithélium métatypique et principalement dans les excroissances papillaires de la superficie, des parties plus ou moins grandes qui montrent une structure en réseau, dont les minces fibrilles se croisant irrégulièrement et se ramifiant forment dans leurs mailles une infinité de cavités de grandeurs différentes.

OBSERVATION XVIII

(Pfannenstiel. — *Virchows Archiv.*, 1892, Bd., 127, p. 305.)

Femme E. E..., (l., n° 230, *Jatrg.*, 1889-1890) vient pour la première fois à la polyclinique gynécologique de Breslau, le 1er août 1888. Elle avait alors trente-trois ans et affirmait n'avoir jamais souffert dans le bas-ventre. La menstruation avait été toujours régulière, ménopause il y a cinq ans, sans troubles particuliers. Mariée depuis 1872, elle avait accouché deux fois des enfants vivants, deux fois avorté, la dernière fois il y a dix ans.

En mai 1888, la malade aperçut des taches de sang sur son linge. Depuis lors, survint un écoulement, tantôt hydroïque, tantôt sanguin qui, peu à peu, prit une odeur fétide. Récemment, à la suite d'un effort ou d'une selle, une petite tumeur se montra à la vulve, ce qui détermina la malade à se rendre au mois d'août 1888 à la clinique. Elle eut aussi des douleurs aux reins. A part cela, la malade se sent tout à fait bien portante et a conservé toutes ses forces.

A l'examen, on trouve dans le vagin un polype à long pédicule qui descend jusqu'à la vulve, qui est mince en haut comme un

crayon et se termine en bas en pomme de massue. La pomme a une surface assez lisse, est très molle, divisée en lobes. Elle sort de l'orifice utérin et s'insère sur la paroi antérieure du canal cervical immédiatement au-dessus de l'orifice externe. La portion vaginale du col, de même que tout le vagin, est lisse et sans particularité. De même le corps utérin est de volume et d'aspect normal, légèrement antéfléchi, mobile. Les annexes des deux côtés sont normales.

Comme le polype était très mou et extraordinairement long, mais tout à fait ressemblant à un polype muqueux bénin, il fut enlevé sans hésitation par l'assistant de la polyclinique, c'est-à-dire, lié à la base par un fil et coupé avec des ciseaux. L'examen microscopique paraissant inutile, il ne fut pas pratiqué.

La malade se sentait alors tout à fait bien pendant quelques semaines.

Mais peu après apparaît peu à peu la même pesanteur.

Avril 1890. — La malade se présente pour la deuxième fois à notre clinique souffrant de pesanteurs anciennes. L'écoulement est maintenant séro-sanguinolent. L'état des forces bon. L'examen montre ce qui suit :

Dans le vagin se trouve une masse molle, lobulée, de la grosseur d'une prune qui s'écrase facilement et sort de la portion vaginale de l'utérus. Le vagin est partout libre, la surface intérieure de la portion vaginale est lisse. La portion vaginale elle-même est un peu épaissie.

La masse polypeuse s'insère largement sur la paroi antérieure du canal cervical, immédiatement au-dessus de l'orifice externe. Elle se laisse diviser en quelques petits lobes isolés, qui dans le spéculum ont l'aspect grisâtre, en partie aussi colorés par le sang ; ils sont arrondis ou ovales, ont le volume d'un

pois à une cerise et généralement pourvus d'un court pédicule et d'une surface lisse.

Cette fois aussi la néoformation fut considérée comme étant de bonne nature comme une végétation un peu riche de la muqueuse du col. Elle fut enlevée pour cette raison avec la cuillère tranchante, et pour prévenir la récidive, la surface de la plaie fut cautérisée par le thermocautère de Pacquelin.

A la suite de cette intervention, la malade se sentait bien quelques mois. Mais bientôt, elle se présenta pour la troisième fois. Cette fois, elle se plaignait aussi de l'amaigrissement, de faiblesse, et de manque d'appétit, elle avait déjà un aspect un peu cachectiqué.

Du vagin suinte un liquide brunâtre, fétide. L'examen montre que le vagin est mollement, mais complètement rempli par une masse lobulée ressemblant à une grappe de raisin, s'écrasant facilement. Elle est en connexion avec la portion vaginale, qui se sent à l'extérieur, encore très lisse, mais est très courte La malignité de la tumeur était alors incontestable même avec cautérisation radicale de la muqueuse cervicale, on n'avait pu prévenir la récidive. Les morceaux de la tumeur qu'on m'a donnés pour examiner montrèrent alors la nature sarcomateuse de la néoformation, et le jour suivant l'extirpation totale de l'utérus fut pratiquée par M. Geheimrath Fritsch. La tumeur fut enlevée d'abord avec la cuillère tranchante. L'extirpation de l'utérus était typique et pas difficile La guérison arriva naturellement et sans fièvre, de sorte que la malade a pu quitter la clinique au dix-septième jour.

Nous avons tous l'espoir que la néoformation ne récidivera plus, la section paraissant être faite dans un tissu sain. Mais la marche ultérieure aussi bien que l'examen plus approfondi de

l'utérus enlevé nous ont malheureusement démontré le con traire. Au milieu de mars 1891, la malade se présente de nouveau. Elle avait mis trois mois pour se rétablir après la dernière opération. A cette époque elle n'avait ni douleur ni écoulement. Mais il y a quatorze jours, l'écoulement sanguin a paru Dans le vagin se trouvent 5 ou 6 corps pédiculés, mous, en grappesplusieurs fois décrits plus haut et sortant de la moitié gauche de la voûte vaginale. Au-dessus de la cicatrice les moignons, les ligaments larges se laissent sentir en forme de deux tumeurs latérales, mais à part cela, rien d'anormal. Les petites tumeurs furent enlevées par la cueillère tranchante et les plaies lont été cautérisées avec le Pacquelin.

Alors de nouveau une prompte guérison apparente, durant quelques mois. Le 28 septembre 1891, aspect cachectique. Dans le vagin, une conglomération du volume d'une noix, d'excroissance en grappe, de structure décrite plusieurs fois, s'insérant largement sur la partie postérieure et supérieure du vagin.

Paroi vaginale infiltrée.

Dans le bassin aucune métastase.

Extirpation de la masse et cautérisation de la plaie.

La malade part quelques jours après pour son pays.

D'après les nouvelles datant du 4 février 1892, la malade vit encore, mais les douleurs sont revenues.

Examen histologique :

Quant à la masse néoplasique, des morceaux pris avant et après l'extirpation de l'utérus se distinguent si peu qu'il suffit d'en donner une description générale.

L'examen fut pratiqué aussi bien sur des pièces fraîches que sur des préparations durcies en partie dans l'alcool, en partie dans le liquide de Müller.

Nous devons distinguer aussi bien microscopiquement que histologiquement dans la tumeur :

1° Les végétations molles, grises, vitreuses, qui donnent son aspect à la néoformation;

2° Les masses plus grosses, sessiles, les plus proches du pédicule de la tumeur, etc. ;

3° Le pédicule et la tige basale de la néoformation ;

4° Les petits polypes sont jaunâtres ou bien brunâtres et même bleu noirâtre s'ils sont traversés par un épanchement de sang. A la coupe ils laissent écouler un liquide jaune clair et se ratatinent.

Sous le microscope, le tissu du petit polype ressemble extraordinairement au jeune tissu conjonctif œdémateux et par place au tissu myxomateux vrai.

Les cellules de ce tissu sont généralement rondes, plus rarement ovales, fusiformes ou polygonales, en moyenne un peu plus grosses que les corpuscules blancs du sang.

Elles renferment un gros noyau.

Tandis que le corps cellulaire se colore peu, le noyau est fortement coloré de sorte qu'on voit très peu ou presque pas de corps cellulaires. Par place figures karyokynétiques. A la périphérie des petits polypes on rencontre des cellules géantes isolées, contenant à la périphérie des noyaux fortement colorés et disposés presque en rayon.

La substance intermédiaire est généralement très riche, de sorte que les cellules sont très écartées les unes des autres. Claire et transparente sous addition de réactifs, elle est traversée par un réseau fin fibrillaire et ne se trouble pas par l'acide acétique, mais s'éclaircit davantage. Le liquide de Müller ne la trouble pas non plus, mais elle est troublée par l'alcool dans lequel elle se vide et se remplit de granulations. Elle reste in-

colore à part le réseau de fibrilles qui est partout bien coloré.

Dans le centre du petit polype, c'est la substance intercellulaire qui prédomine, tandis qu'à la périphérie, au contraire, les cellules sont plus abondantes et mélangées à un grand nombre de leucocytes. On trouve généralement au centre un épanchement de sang. Le polype est richement pourvu de vaisseaux sanguins qui abondent surtout à la périphérie et dans le pédicule : ce sont en général des capillaires dilatés dont l'endothélium est généralement gonflé.

Pour quelques polypes on trouve au milieu du tissu décrit des îots de cartilage, la substance fondamentale jaune homogène prend l'hématoxyline seulement au centre de ces îlots, les cellules y sont isolées ou multiples, contiennent un ou deux noyaux et présentent au reste tous les caractères de cellules de cartilage. Sur les parties enlevées avant l'extirpation de l'utérus, l'épithélium est cylindrique, aplati, rarement simple, généralement stratifié, dans celles qui se sont développées après l'extirpation totale dans le fond du vagin, il est pavimenteux, stratifié

Je n'ai pas trouvé de glande dans les petits polypes.

2° Quant aux plus grosses parties de la tumeur située plus profondément, elles sont moins transparentes, ressemblent beaucoup aux polypes muqueux du col, mais sont beaucoup plus molles, friables ; elles donnent en partie la sensation de fluctuation. En général le tissu est ici plus dense, plus riche en cellules que dans les petits polypes transparents. Sur les coupes transversales et longitudinales, on trouve un tableau histologique extraordinairement changeant. Ce qui frappe tout d'abord, ce sont de nombreuses cavités remplies par un liquide clair, non coloré. Sur les pièces durcies, on voit des fissures

creuses qui, sans présenter de parois, montrent un revêtement endothélial. Comme je n'ai trouvé nulle part dans ces fissures des hématies, je suis disposé à les considérer comme des vaisseaux lymphatiques très dilatés. En outre, les préparations faites des parties enlevées pendant l'extirpation totale contiennent encore d'autres cavités qui en partie sont aussi dilatées comme les espaces lymphatiques sur les bords desquelles se trouvent çà et là de petites élevures papillaires, cette surface saignante correspond à la base de la tumeur décrite ci-dessus, qui avant l'opération fut enlevee par la cuillère tranchante. On reconnaît déjà microscopiquement la propagation de la maladie. La dernière va en haut jusqu'à un 1/4 de centimètres au-dessous de l'orifice intense, en bas elle dépasse en avant et des deux côtés les limites de l'orifice interne ; cependant il reste jusqu'à la ligne de section une bande de muqueuse gris-blanchâtre, en apparence saine d'une largeur en avant et sur les côtes de 1/4 à 1/2 centimètres, en arrière de 1 cm. 1/2.

En un point en avant et à gauche, cette bande est réduite à 1 millimètre de largeur. Sur les coupes la muqueuse paraît envahie par la néoformation seulement sur une petite profondeur (1/4 à 1/2 centimètre) le tissu musculaire, situé en dessous de la paroi propre du col paraît, aussi bien que la surface extérieure, tout à fait normal.

Pour contrôler cet état par l'examen microscopique, des coupes furent pratiquées, dans différentes parties du col et montées dans la paraffine. L'examen microscopique confirma dans son ensemble les notions acquises par l'examen macroscopique. D'abord quant au lieu d'origine de la tumeur on croirait que la muqueuse du col est transformée en un tissu conjonctif riche en vaisseaux, dans lequel les glandes ont complètement

disparu. Plus superficiellement on trouve de nombreux amas de cellules fortement colorées. Elles sont arrondies, fusiformes ou ramifiées et sont absolument identiques à celles de la tumeur décrites plus haut, mais se distinguent de celles-ci parce qu'elles sont tapissées par une couche régulière de cellules cylindriques et entourées généralement par une mince couche condensée de tissu conjonctif jeune ; ces corps glandulaires sont en relation multiple avec la surface des polypes et leur épithélium passe progressivement de l'épithélium simple de la surface à l'épithélium stratifié des culs-de-sac glandulaires. Beaucoup de vaisseaux, petites artères, veines et capillaires, plus ou moins dilatés.

Pour le reste, le tissu fondamental est de nature très différente et la périphérie est un tissu conjonctif jeune, mou, avec des cellules généralement rondes, rarement ramifiées ; très écartées les unes des autres par une substance intermédiaire presque homogène, finement fibrillaire, on dirait le tableau d'un tissu muqueux. Dans le centre et à la base de ces grosses végétations, le tissu ressemble plutôt à du tissu conjonctif plus dense, ondulant ou fin fibrillaire avec peu de cellules fusiformes étroites. Il contient un plus grand nombre de vaisseaux sanguins d'un calibre plus grand et des amas de grosses cellules rondes, fortement colorées. Ces cellules sont formées par un gros noyau avec plusieurs nucléoles ou des figures karyokynétiques, et une mince couche de protoplasma faiblement coloré. Quant à la substance intercellulaire, on la distingue à peine, les cellules étant très volumineuses et pressées les unes contre les autres ; elle est finement fibrillaire. Les amas de cellules rondes contiennent en plusieurs points des fissures fines tapissées par un épithélium qui se perd en partie dans ces amas de

cellules. Sur les préparations, ces îlots de cellules montrent encore à leur milieu des fissures et des cavités irrégulières plus petites. qu'on reconnaît d'autant plus facilement qu'un liquide lymphatique baigne les masses cellulaires. Cependant un ramollissement par décomposition cellulaire n'est pas la cause de la formation de ces cavités.

A la base des excroissances polypoïdes de la tumeur nous trouvons au lieu d'amas de cellules une infiltration diffuse du tissu par les cellules rondes, fusiformes. fortement colorées de même nature.

3° Le pédicule et l'axe central d'une grosse agglomération de végétations polypiformes ont la structure pareille à celle du tissu fondamental des gros polypes décrits plus haut, cependant le tissu conjonctif contient beaucoup de vaisseaux d'un plus gros calibre.

Dans aucune partie de la tumeur, je n'ai pu découvrir comme d'autres auteurs des fibres musculaires.

L'utérus extirpé montre après durcissement dans l'alcool la structure suivante : corps utérin, 4 centimètres de long, 3 cm. 5 de largeur et 3 cm. 5 d'épaisseur, col 3 centimètres de long, 2 centimètres de largeur et 2 centimètres d'épaisseur. Surface périphérique lisse et sans particularités. Tunique musculaire normale à la coupe. Muqueuse du corps lisse, de couleur gris-rougeâtre, 1/4 de millimètre d'épaisseur en moyenne. Microscopiquement, elle consiste en deux couches : La couche superficielle présente un tissu conjonctif onduleux, pauvre en cellules, couvert par un épithélium cylindrique, simple et contenant peu de culs-de-sac glandulaires. La couche profonde est un tissu conjonctif riche en cellules contenant beaucoup de corps glandulaires modérément dilatés et peu de vaisseaux sanguins.

Nulle part, on ne trouve la muqueuse envahie par la dégéné-

rescence sarcomateuse. La muqueuse cervicale au contraire est malade dans presque toute son étendue. Surtout en avant de deux côtés, on aperçoit très peu de muqueuse saine. La plus grande partie de la muqueuse est transformée en une plaie saignante déchiquetée, on trouve aussi au milieu des anses cellulaires des fissures et des cavités comme nous les avons observées dans la tumeur. Au voisinage du tissu musculaire le tissu conjonctif est infiltré de ces cellules rondes ou fusiformes fortement colorées.

Parfois on voit des traînées de cellules entre les faisceaux musculaires, mais elles disparaissent rapidement et laissent les parois propres du col intactes. Sur la limite supérieure du néoplasme les cellules sarcomateuses disparaissent graduellement pour faire place à une mince muqueuse à tissu conjonctif ordinaire pauvre en glandes et couverte par un épithélium cylindrique ordinaire.

Autrement est constitué le tissu au niveau de la limite inférieure. Ici le rôle principal revient à l'œdème. Les coupes dans cette zone montrent d'une manière évidente les premiers stades de la caractéristique néoplasie en grappe. Les élevures et les papilles naturelles de la muqueuse sont notablement plus grandes et plus grosses, par place elles font saillie sous forme de boutons. Elles ont une consistance très molle, contrairement au tissu conjonctif plus ferme de la muqueuse de la portion vaginale située au-dessous. Elles se détachent nettement comme des papilles gonflées de la couche située au-dessous. Le tissu de ces papilles est pauvre en cellules et riche en substance intercellulaire transparente finement fibrillaire. Les cellules elles-mêmes sont des jeunes cellules, conjonctives arrondies ou ovales avec un noyau relativement gros assez for-

tement coloré : Au milieu de ce tissu œdémateux se trouvent des petits vaisseaux sanguins et des fissures lymphatiques dilatées, dont l'endothélium est en partie intact, en partie en voie de prolifération active. Les cellules endothéliales se transforment en petites cellules rondes, qui donnent des végétations en forme de boutons, les cellules rondes sont de même nature que les cellules sarcomateuses décrites plus haut. On trouvait souvent des cellules pareilles en amas épais sous l'épithélium pavimenteux tout à fait normal.

OBSERVATION XIX

(Richter, 1892, *in Diss, Greifswald*, 1892).

Age : Deux ans et demi.

Résultats de l'examen clinique. — Le vagin est rempli par un polype en forme de grappe qui se détache du canal cervical et refoule l'utérus en haut.

Mode de traitement et évolution. — Enlèvement aux ciseaux du néoplasme.

Terminaison. — Non signalée.

Examen histologique. — D'après un examen de Grawitz rapporté par Braun (Diss. Greifswald, 1896), la tumeur était un sarcome renfermant des fibres musculaires striées.

OBSERVATION XX

(Gayman. — *Thèse de Paris*, 1892.)

La maladie de Mme X... a débuté il y a une vingtaine d'années, c'est-à-dire entre la quarantième et la quarante-cinquième année

de sa vie par des violentes douleurs dans les reins et le bas-ventre. L'intermittence de ces douleurs la firent considérer par les médecins de Bayonne comme relevant d'une affection névralgique rhumatismale. En fait, de tous les remèdes employés seuls, l'emploi répété du sulfate de quinine paraissait amener une détente, un calme momentané chez la malade. Cet état de choses continua avec des alternatives de calme et de recrudescence des douleurs jusqu'au commencement de 1889. A cette époque, d'abondantes hémorragies utérines survinrent sous forme de caillots de sang, accompagnées de douleurs se rapprochant des douleurs de l'enfantement, les hémorragies se rapprochant de plus en plus, la malade fut soumise à un nouvel examen, qui fit constater l'existence d'une tumeur qu'on regarda comme un filiome. Elle vint alors à Paris où toujours en 1889 elle fut examinée par le Dr Siredey, qui attribua les hémorragies vaginales à la présence d'un fibrome sans trace d'affection maligne, dit-il. En raison de l'âge de la malade (cinquante-neuf ans) et de l'état d'anémie qui résultait de ces dernières hémorragies, il conseilla de ne pas recourir à une opération radicale, mais de faire un simple grattage de la muqueuse utérine.

Ce grattage fut pratiqué en deux fois au mois de juillet 1889 par le professeur Duplay, assisté du Dr Siredey. La malade qu'on n'avait pas endormie, souffrait beaucoup et éprouva à la suite de cette opération un mouvement fébrile qui mit ses jours en danger. Elle se rétablit assez bien cependant. Les douleurs et les hémorragies cessèrent jusqu'en juin 1891, c'est-à-dire pendant deux ans. La malade se trouvait alors à Château-Thierry.

Elle commença en juin 1891 à sentir quelques douleurs dans le mollet droit, douleurs qui s'accompagnaient d'une

légère tuméfaction de la région des chevilles. Quelques jours après une hémorragie utérine considérable se produisit avec expulsion de caillots, douleurs abdominales et lombaires intolérables. A cette hémorragie succédait bientôt un écoulement purulent d'odeur nauséabonde, très pénible pour l'entourage malgré des soins répétés de propreté, c'est dans cette situation qu'elle fut amenée à Paris au professeur Terrier. Celui-ci constata la présence d'une masse pusillagineuse émergeant partiellement du col dilaté, masse qu'il considéra comme un polype fibreux en état de dégénérescence gangréneuse. Les masses furent enlevées avec la curette et la malade, parfaitement rétablie deux mois après, repartait pour le Midi. Elle se croyait guérie d'une façon définitive, lorsqu'en octobre 1892, étant à Biarritz, elle fut reprise d'une légère enflure de la cheville droite avec œdème de la jambe. Le médecin consulté crut tout d'abord à un rhumatisme, lorsqu'elle marchait, elle éprouvait des douleurs hypogastriques et des envies d'uriner si pressantes, qu'elle urinait malgré elle et se mouillait. Aussi en vint elle à garder le lit. En même temps le ventre augmentait progressivement de volume. Aussi le médecin fit-il un examen de l'abdomen. Cet examen lui fit découvrir une tumeur utérine, qu'il considéra comme liquide. Il lui conseilla alors de partir pour Paris et de revoir le professeur Terrier.

En 1893, cette malade entre dans une maison de santé à Paris. Contrairement à ce qui s'était passé les fois précédentes, l'état général était excellent ; il n'y a pas de phénomènes d'infection et comme écoulement vaginal on ne trouve qu'à signaler quelques pertes légères sanguines survenues dans les derniers temps.

Le seul phénomène pénible consiste dans les troubles vésicaux que nous avons signalés. L'examen avait fait constater, à

travers une paroi abdominale souple, la présence d'une tumeur arrondie, manifestement liquide qu'on ne saurait mieux comparer qu'à un utérus gravide dont le fond atteindrait le niveau de l'ombilic. En décembre 1892, l'hystérectomie est pratiquée avec la plus grande facilité, vu l'absence d'adhérences, par le professeur Terrier aidé par M. le Dr Hartmann. Au moment de la section de l'utérus, une certaine quantité de liquide clair et limpide s'écoule en même temps que fait issue une masse qui paraît constituée par une série de kystes conglomérés.

M. le professeur Cornil fit l'examen histologique de la pièce :

L'examen a tout d'abord porté sur la paroi utérine. M. Cornil se demandant s'il y avait ou non de la muqueuse utérine, a recherché cette muqueuse dans les points où elle paraissait exister à l'œil nu, ou au microscope on ne trouvait en ces points aucun des éléments de la muqueuse, on était ainsi porté à penser que la masse située dans l'intérieur de l'utérus était une dégénérescence de la muqueuse.

La paroi utérine avait l'épaisseur qu'elle offre dans une grossesse d'environ cinq mois, ce n'était pas une distension de l'utérus, mais une hypertrophie véritable. Les fibres musculaires étaient augmentées de volume ; elles avaient l'apparence normale du tissu musculaire hypertrophié, comme cela s'observe au courant de la grossesse. Il n'y avait pas de tissu conjonctif interposé.

M. Cornil a étudié ensuite le tissu assez solide, friable pourtant, sans suc, qui formait la paroi même de la néoformation kystique. Cette paroi, d'épaisseur inégale, était extrêmement vascularisée. Elle était constituée de la façon suivante : sur les coupes on voyait des vaisseaux, entourés d'éléments ronds, avec parois hypertrophiées. Entre ces vaisseaux contenant des globules sanguins, il y avait des cellules nucléées parfaite-

ment vivantes ; ce n'était donc pas un tissu en dégénérescence. Dans l'intervalle de ces cellules nucléées, on remarquait un tissu vaguement fibrillaire. Il paraissait ainsi s'agir d'un sarcome à petites cellules. Mais les vaisseaux avaient dispar seo épaisses, ce qui ne s'observe pas d'ordinaire dans les sarcomes, en sorte que, si c'était un sarcome, il faut dire qu'il différait des sarcomes communs.

D'où venaient ces vaisseaux ? D'après l'exposé clinique fait par le Dr Hartmann, quand on a incisé l'utérus, la tumeur est sortie comme libre de toute attache. S'il y avait eu, venant de l'utérus et pénétrant dans cette masse, un tissu portant les vaisseaux, il semble que la tumeur ne se serait pas ainsi détachée. Il faut bien admettre cependant, puisque les vaisseaux qu'on a trouvés étaient pleins de sang, que la tumeur était en rapport avec la circulation sanguine.

Il se peut, dit M. Cornil, puisque le col n'a pas été enlevé, que le pédicule soit resté dans le col.

Dans l'intérieur des kystes, il y avait un liquide citrin, avec quelques globules blancs, quelques hématies et quelques cellules dégénérées. En excisant une portion de la paroi de ces kystes et en l'étalant sur une lame, on pouvait facilement voir lorsqu'on faisait varier les vis, les différents points de l'épaisseur de cette paroi. Il n'y avait rien là qui ressemblât à ce que l'on rencontre dans les môles hydatiformes.

Ainsi ces kystes résultaient probablement d'épanchements sanguins, qui s'étaient faits dans un tissu sarcomateux ou embryonnaire. La fibrine était restée adhérente à la paroi, et, le liquide utérin s'étant accumulé à l'intérieur, il y avait eu par suite de la pression dont elles étaient l'objet, dégénérescence des cellules de la paroi.

Les suites de l'opération ne présentaient rien de particulier. Mais au bout de deux mois, alors que la malade commençait à circuler, bien que la plaie résultant de la fixation du pédicule ne fut pas complètement fermée, on vit réapparaître par le vagin de petits écoulements sanguins.

En même temps, la plaie abdominale présentait dans son fond quelques petits bourgeons qui saignaient facilement lorsqu'on les touchait. Aussi la malade fut-elle endormie de nouveau. Pendant le sommeil anesthésique, il fut facile d'amener au contact du doigt vaginal un autre doigt enfoncé dans la fistule abdominale. Il ne restait plus guère que 4 centimètres de col rempli d'un tissu bourgeonnant.

Un curettage énergique fut suivi d'une cautérisation des parties. La plaie alors se cicatrisa rapidement et depuis cette époque est restée guérie jusqu'à présent.

L'examen des bourgeons enlevés par cette dernière intervention fut fait par le professeur Cornil, qui constata la présence d'un tissu semé de kytes microscopiques en tous points identiques aux kystes plus grands décrits lors de l'intervention précédente.

OBEERVATION XXI

(Pick. — *Arch. für gyn.*, 1894, Bd., 46, p. 191.)

Petite fille de deux ans et demi. Du canal cervical se détachait une tumeur molle, en grappe, qui faisait en partie saillie hors du vagin. On ne put faire qu'une ablation partielle et la malade mourut d'épuisement. Le néoplasme, né de la paroi postérieure du canal cervical s'étendait au vagin et au tissu cellulaire péricervical. Il y avait de la pyométrie. Au microscope, sarcome à cellules fusiformes et cellules géantes.

OBSERVATION XXII

(Kelly. — *Operative gynecology.*)

Malade âgée de trente ans. Tumeur en grappe provenant du col et faisant saillie dans le vagin. Amputation du col, recidive rapide. A l'autopsie on trouva de l'envahissement du tissu cellulaire du bassin.

OBSERVATION XXIII

(Von Franqué. — *Zeitschrift f. gil u. gyn.*, 1899, Bd., p. 181.)

Malade âgée de cinquante-neuf ans, multipare. Le vagin était distendu par une masse molle, gélatineuse, multilobulée, venant du col de l'utérus et ayant déterminé de la rétention d'urine. On fit l'hytérectomie vaginale et la malade mourut dix-huit jours après l'opération avec des signes de pneumonie. A l'autopsie, envahissement néoplasique de tissu para-utérin et des ganglions prévertébraux de la région lombo-sacrée, métastases dans le poumon et le foie, sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION XXIV

(Van Buren Knott. — *Annals of Surgery*, 1901.)

Malade âgée de quarante-trois ans. Cinq enfants. Tumeur en grappe rattachée par un pédicule à la lèvre antérieure du col. Utérus gros. Hystérectomie fatale. Guérison opératoire.

Mort au bout de peu de temps. A l'autopsie, sarcome diffus du parenchyme utérus et sarcome en grappe du col de l'utérus. Infiltration sarcomateuse de ligaments larges et d'une anse intestinale adhérente. Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION XXV

(Le Dentu. — *Clinique chirurgicale*, 1904.)

Malade âgée de trente-six ans. Tumeur en grappe framboisée au col par un pédicule. Ablation de la tumeur. Récidive. Mort de cachexie. A l'autopsie infiltration des ligaments larges et hydronéphrose. Au microscope : myxosarcome.

OBSERVATION XXVI

(Le Dentu. — *Clinique chirurgicale*, 1904.)

Malade âgée de cinquante-six ans. Tumeur en grappe rattachée au col par un pédicule. Ablation de la tumeur pratiquée quatre fois et suivi quatre fois de récidive. Mort de cachexie. Diagnostic histologique : myxosarcome.

OBSERVATION XXVII

(Emmet. — *Americ. Journ. of. Obst.*, 1902, p. 388.)

Femme de dix-neuf ans, souffrant depuis quelques mois de douleurs et d'hémorragies utérines. A l'examen on trouve une tumeur en grappe de la lèvre postérieure du col utérin. Au mois

d août 1900. excision. curettage et cautérisation. En novembre 1900. douleurs et hémorragies. A l'examen on trouve une nouvelle tumeur en grappe se détachant de l'orifice du col et de tout son pourtour. Amputation du col. Au microscope: sarcome à cellules fusiformes. Récidive et mort en avril 1901.

OBSERVATION XXVIII

(Williamson. — *London obst. Soc.*, mars 1905.)

Femme de trente-neuf ans. Opérée d'une tumeur du col formée par une partie centrale de consistance ferme et une partie périphérique molle, ramifiée en grappe et creusée de petites cavités kystiques. Sarcome à cellules polymorphes.

OBSERVATION XXIX

(J. Bæcker et R. Minich. — Ein Fall von sarcome hydropicum papillaire. — *Beitræge zur geburtshülfe und gynakologie*, 1906, Bd. 10, fasc. 3, p. 532 à 541.)

Femme de trente-quatre ans. Tumeur en grappe de col de l'utérus ayant récidivé à plusieurs reprises après des opérations partielles. Hystérectomie vaginale le 3 novembre 1903. La guérison ne fut pas durable : le récidive se produisit au bout de quelques mois et la malade mourut au mois de mai 1904. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire ; il existait des îlots de tissu cartilagineux.

OBSERVATION XXX

(Inédite, due à l'obligance de MM. Proust et Bender) (1)

La nommée A... Hortense, âgée de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital Broca dans le service de M. le professeur Pozzi le 22 avril 1905. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires. Rien d'intéressant non plus dans les antécédents personnels à l'exception d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu survenue il y a une dizaine d'années.

Premières règles à quinze ans. La malade a toujours été bien réglée jusqu'à l'âge de quarante-deux où les accidents ont commencé. Deux enfants : l'un il y a vingt-huit ans, l'autre il y a vingt-cinq ans. Pas de fausse couche.

Depuis deux ans la malade a des pertes sanguines. Au début ces pertes survenaient à peu près régulièrement tous les huit jours. La malade perdait du sang rouge pur, d'ailleurs en assez petite quantité. Les pertes duraient deux ou trois jours puis cessaient. Depuis un an les pertes sont devenues plus fréquentes ; la malade perd du sang presque continuellement. Depuis le mois de janvier dernier il y a en plus un écoulement séreux, roussâtre, fétide. Pas de douleurs. Etat général relativement bon ; la malade a un peu maigri mais l'appétit est demeuré bon. Rien au cœur ni aux poumons, ni sucre ni albumine dans les urines.

A l'examen on fait les constatations suivantes : Les grandes

---

1. Cette observation fera l'objet d'une communication de MM. Proust et Bender à la Société anatomique, séance du 16 juillet 1909.

lèvres étant écartées on trouve presque immédiatement une tumeur qui sort de la vulve. Il est impossible de placer un spéculum ; il faut employer deux vulves : On voit alors une tumeur allongée qui occupe presque toute la hauteur du vagin et qui est étranglée à sa partie supérieure. A ce niveau elle pénètre dans le canal cervical. Il s'agit d'une tumeur qui paraît implantée dans la cavité utérine et qui fait hernie au niveau du museau de tanche. La consistance de cette tumeur est molle, beaucoup moins résistante que celle d'un fibrome ; elle a l'aspect microscopique des tumeurs myxomateuses. Si l'on éponge soigneusement la tumeur qui est salie par les sécrétions de la cavité utérine, on voit qu'elle est colorée en rouge vif avec des taches violacées. La partie supérieure, près du col, présente un aspect spécial et ressemble à une agglomération de grains de raisin. Au palper bimanuel l'utérus ne paraît pas augmenté de volume. On ne trouve rien dans les culs-de-sac vaginaux ; les annexes paraissent saines.

Dans le but de préciser la nature de la tumeur, on décide d'en faire une ablation au moins partielle, aux fins de biopsie. On enlève ainsi une masse lobulée mesurant 8 centimètres de longueur sur 6 centimètres de largeur et 2 à 3 d'épaisseur.

L'examen histologique extemporané ayant révélé la nature sarcomateuse de la tumeur, on décida de faire l'hystérectomie abdominale totale. Celle-ci fut pratiquée le 12 mai 1905 par M. le professeur Pozzi. Les suites opératoires furent très simple et la malade sortit guérie le 21 juin.

L'examen de l'utérus enlevé ne révéla rien d'intéressant. On trouva le point d'implantation de la tumeur préalablement enlevée au niveau de la partie toute supérieure du canal cer-

vical. La muqueuse du corps ne présentait aucune modification.

La tumeur enlevée dans le premier temps opératoire était composée de deux masses polypoïdes principales allongées, piriformes, avec pédicule rétréci et présentant une lobulation très nette leur donnant grossièrement l'aspect d'une grappe de raisin à gros grains. Au voisinage du pédicule existait une série de végétations polypoïdes arrondies. L'ensemble avait l'aspect franchement myxomateux.

A la coupe des fragments, après durcissement dans le formol, la partie centrale des végétations présente une apparence gélatineuse, presque translucide. On y reconnaît, disséminées, quelques cavités kystiques et, par places de petits îlots constitués par du tissu cartilagineux.

L'examen histologique a été pratiqué par *M. Bender*. Les résultats de cet examen sont en concordance avec ceux que l'on avait obtenus dans les observations similaires. La surface des végétations polypiformes est tapissée régulièrement par une couche d'épithélium pavimenteux stratifié ; cette courbe épithéliale est en certains points amincie au point de disparaître.

Le stroma de ces végétations est nettement sarcomateux. On y trouve un tissu conjonctif lâche, infiltré d'œdème au milieu duquel apparaissent des îlots de dimensions variables, constitués par des cellules fusiformes étroitement tassées les unes contre les autres, à protoplasma grenu et noyau ovalaire assez fortement coloré. Ces îlots sarcomateux renferment d'assez nombreux rameaux à parois très minces. Le stroma conjonctif est en certains points, liquéfié au point de constituer de petites cavités pseudo-kystiques. On trouve également quelques cavités tapissées par une bordure épithéliale régulière de cellules cylindriques hautes, et paraissant dériver des glandes utérines.

OBSERVATION XXXI

(Ozenne. — *Journal de Médecine de Paris*, 1894, p. 171.)

Femme de quarante-huit ans, nullipare, sœur de femme morte de cancer de la langue.

Tumeur polykystique vloumineuse de la lèvre antérieure du col et petites saillies vésiculeuses de la lèvre postérieure. Empâtement dans le cul-de-sac latéral droit. Ablation à la curette tranchante.

Trois mois plus tard, nouvelle ablation, puis cautérisation au thermo-cautère.

En mars 1894, c'est-à-dire six mois après la première intervention, la malade est cachectique et on s'attend à sa mort dans quelques semaines. L'examen histologique des masses enlevées n'a pas été fait.

OBSERVATION XXXII

(Chavannaz. — *Revue de Gynec., Obstétr. et Pédiâtrie de Bordeaux*, 1900, p. 66.)

Femme de quarante-quatre ans. Nullipare. Pertes aqueuses, hémorragies et gêne du côté des organes génitaux depuis huit mois. Six mois après, phlébite du membre inférieur droit. Femme amaigrie, à muqueuses décolorées. Tumeur faisant saillie à l'entrée de la vulve, pesant 1.250 grammes, s'insérant sur la lèvre antérieure du col

Utérus normal, le cathétérisme donne 6 centimètres.

Ablation aux ciseaux.

Après l'opération, l'appétit revient et l'embonpoint commence à reparaître.

Huit mois après, la malade se porte bien. La guérison se maintient.

L'examen histologique de la pièce montre qu'il s'agissait d'un sarcome.

OBSERVATION XXXIII

(Charles. — *Journal d'Accouchements de Bruxelles*, 1905, p. 309.)

Femme de cinquante-six ans. Multipare : 7 enfants. Nodule de la lèvre postérieure du col, vasculaire et saignant. Matrice un peu hypertrophiée et en rétroversion. Discision du col. Section en entonnoir des lèvres jusqu'à l'isthme. Curettage, injections vaginales phéniquées à 2 0/0.

Examen microscopique. — Sarcome microcellulaire.

Trois mois après l'opératien, il n'y a pas de récidive. Cicatrice tapissant tout le vagin. Le canal utérin n'existe plus. La rétroversion a elle-même disparu.

CONCLUSIONS

1° Les sarcomes du col de l'utérus peuvent se diviser en deux groupes :

a) Un premier groupe : comprenant les sarcomes en grappe, dont la disposition caractéristique les a fait comparer à une grappe de raisin ;

b) Un second groupe dans lequel on range diverses autres variétés de sarcomes ;

2° Les sarcomes racémeux se développent habituellement au niveau du canal cervical près de l'orifice externe ; s'ils sont constitués au début par de petites végétations molles qui se pédiculisent peu à peu, font saillie dans la cavité vaginale et prennent la disposition en grappe caractéristique.

Les formations polypoïdes peuvent subir ultérieurement la transformation kystique. Chaque petite vésicule est formée d'un stroma sarcomateux recouvert par une couche épithéliale continue, on y trouve, avec une assez grande fréquence des éléments hétérotopiques, tissu cartilagineux fibres musculaires striées.

Ces sarcomes racémeux peuvent atteindre des dimensions considérables sans envahir la profondeur : toutefois

à une période avancée le néoplasme se propage aux régions avoisinantes et aux ganglions ;

3° En dehors des sarcomes racémeux on peut voir se développer au niveau du col de l'utérus des sarcomes interstitiels diffus ou circonscrits. Ce sont histologiquement des sarcomes à cellules rondes ou fusiformes. Ils ont de même que les sarcomes racémeux peu de tendance à envahir le corps utérin ;

4° Le début du sarcome du col est insidieux. Les hémorragies sont habituellement le premier symptôme constaté, elles s'accompagnent presque toujours d'un écoulement séreux leucorrhéique. Les douleurs n'apparaissent que tardivement ;

5° Le pronostic est grave : la mort survenant en assez peu de temps si le mal est abandonné à lui-même. L'opération est suivie de récidive rapide ;

6° Le diagnostic est au début souvent difficile, car le sarcome ne diffère guère macroscopiquement de certains polypes bénins. L'examen histologique peut seul, à ce moment, trancher la question. Plus tard le volume et l'aspect de la tumeur ne laisseront place à aucune hésitation ;

7° Au point de vue du traitement, l'ablation de la tumeur avec ou sans amputation du col, ne pourra être jamais considérée que comme un temps préliminaire, elle devra toujours être complétée par l'hystérectomie abdominale ou vaginale.

Vu : le Président de la thèse
POZZI

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.